

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 30\$000; por 2 anos 50\$000

Vol. XLII

Julho de 1941

N. 1

Estudo radiológico das lesões osseas na osteose paratireóideana (*molestia de Engel-Recklinghausen*) — baseado em tres casos *

Dr. S. Hermeto Junior

Docente livre de Clínica Cirúrgica, e de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Fac. de Med. da Universidade de S. Paulo. Adjunto de Clínica Cirúrgica do Hospital Central da Santa Casa. Primeira Clínica Cirúrgica do Hospital Central da Santa Casa. (Diretor: Dr. Raul Vieira de Carvalho).

Em recente trabalho (7) estudamos com certa minúcia os diversos problemas relativos à molestia de ENGEL-RECKLINGHAUSEN, tomando como base a nossa casuística pessoal de tres portadores daquela interessante molestia, os quais tem sido revistos diversas vezes, sob os aspetos clinico, radiologico e terapêutico.

Deixamo, no entanto, para um estudo separado a questão das lesões demonstradas pela radiologia, e isso com a finalidade de esquematizarmos os dados fornecidos em nossos casos, os quais evidentemente lembram as descrições classicas. Como, por outro lado, estes tres doentes foram acompanhados com certa regularidade, e continuam a ser observados — é muito interessante o estudo da evolução das lesões apos a utilização da paratireóidectomia, pois, todos os tres doentes foram submetidos aquele tratamento.

Procuramos com este trabalho salientar as lesões macroscopicas do esqueleto que são demonstraveis pelo exame radiologi-

(1) Trabalho apresentado no II.º Congresso Panamericano de Endocrinologia (Montevideo — Março, 1941).

co, e que traçam a individualidade da molestia que fora descrita por ENGEL e RECKLINGHAUSEN, numa epoca em que a anatomia patológica, ainda, não fazia uma perfeita diferenciação da osteite fibro-cística.

Já referimos em nosso trabalho anterior (7) que em 1891, em seu primeiro trabalho, RECKLINGHAUSEN estudou as chamadas *osteites fibrosas* ou *deformantes*, as *osteomalacias* e as *metastases dos canceres prostaticos no esqueleto*. Esta monografia é, no entanto, o ponto de partida de ultteriores estudos sobre a ostéose paratireóideana. Os casos da monografia de RECKLINGHAUSEN, que sem duvida representam a osteite fibro-cística, são: *caso 5* — relativo a *uma osteite deformante extensa com tumores e cistos*; *caso 6*, relativo a *uma osteite deformante com tumores*, e um caso descrito ao estudar a osteomalacia (2.^a parte do trabalho) — e que vem classificado como *osteite fibrosa e osteo-sarcoma multiplo*.

Posteriormente poudese individualizar perfeitamente a molestia descrita anatomicamente por RECKLINGHAUSEN, e já anteriormente por ENGEL (*in Lièvre* — 12 — pag. 7), quando descrevia em sua tése (1864) uma *degenerescencia cistica de todo o esqueleto*: aquele trabalho de individualização da molestia cística dos ossos fôra obtido por um estudo das relações entre as paratireóides e o esqueleto. A demonstração indiscutível de que as lesões císticas do esqueleto estavam ligadas a uma hiperfunção paratireóideana — culminou com a brilhante operação de MANDL (13), que após a remoção de um *adenoma paratireóideano* notou consideraveis melhoras em seu operado (a proposito deste caso, e sua evolução — já referimos em trabalho anterior — 7).

Tanto a clinica, como o laboratorio, demonstraram a existencia de um *síndrome de hiperparatireóidismo*, e a radiologia meticulosa destes casos vem demonstrar as lesões anatomicas das diferentes peças osseas, com carateristicas bem pessoais, e cujo conjunto constitue um quadro de grande interesse para o diagnostico.

ESTUDO DAS LESÕES OSSEAS

Tomando por base as nossas tres observações pessoais, e evidentemente sem fazer uma revisão na literatura radiologica sobre o tema, podemos descrever em suas linhas gerais quais as lesões reveladas ao exame radioscópico. A finalidade deste estudo descritivo conduz a uma apreciação exata dos processos fundamentais encontrados nas osteites fibro-císticas (ostéose paratireóideana na nomenclatura de Lièvre — 12), e que procuramos desenvolver em um trabalho anterior (6) — as *reabsorções osseas*. Referimos neste ultimo estudo que existem lesões do

tecido osseo, elementares, em diversas afeções crônicas do esqueleto, como na osteose paratireóideana e nas osteo-artroses, e representadas pelos processos de reabsorções osseas, graças aos quais se verificam mobilizações dos elementos fosfo-cálcicos do tecido osseo, deixando em seu lugar o primitivo arcabouço conetivo. Salientamos que aqueles processos de reabsorções osseas são de duas naturezas: reabsorção por osteoclasia, pela interferência direta dos osteoclastos, e as reabsorções por halisteresis, que se dão sem interferência dos elementos celulares, e pela ação das harmonas de ação osteolizante (paratormona principalmente).

Segundo este conceito podemos filiar diversos processos de mobilizações cálcicas do esqueleto a uma mesma base histopatológica. De acordo com aquele conceito se compreende perfeitamente a natureza e os caracteres das lesões reveladas pelos raios "X" na osteose paratireóideana. Um principio geral de fisiopatologia poderá antecipadamente ser referido: nos territórios que são sede dos processos de mobilizações cálcicas os raios "X" demonstram uma menor opacidade do tecido osseo, podendo chegar até a um desaparecimento completo da opacidade nas áreas nas quais os processos são profundos. Após a exposição das lesões encontradas na osteose paratireóideana ter-se-á uma apreciação de seu mecanismo fisiopatológico.

As lesões osseas encontradas na molestia de ENGEL-RECKLINGHAUSEN se apresentam em todos os ossos do esqueleto, pois, os processos de osteose paratireóideana são difusos a todo o tecido osseo. O que notamos é a predominância das lesões ao nível dos ossos longos, porém qualquer peça ossea pode apresentar os mesmos processos, até nos menores ossos, como ao nível das falanges das mãos e pés. Para procedermos a uma sistematização vejamos como se apresentam segundo as peças osseas dos diferentes segmentos topográficos do esqueleto.

Crânio. — Ao nível do crânio as lesões são muito típicas nos ossos frontais e ao nível dos ossos da face. É habitual notarmos um considerável aumento dos seios frontais, os quais podem ser vistos tanto em projeção frontal como sagital (figs. 1 e 2). O aumento dos seios se processa à custa de seus contornos frontais, e a consequência é a imagem de uma verdadeira confluência (figura 2), pois, os processos de reabsorção ossea destroem as lamínas interpostas entre as diferentes cavidades dos seios frontais, transformando-os em uma ou duas grandes cavidades. O próprio *limite temporal* dos referidos seios são aumentados, como demonstra no caso anterior uma projeção frontal do crânio.

Em outras zonas os ossos frontais podem apresentar-se menos opacos aos raios X, e podemos constatar a presença de pequenas áreas correspondentes à reabsorção completa do tecido osseo.

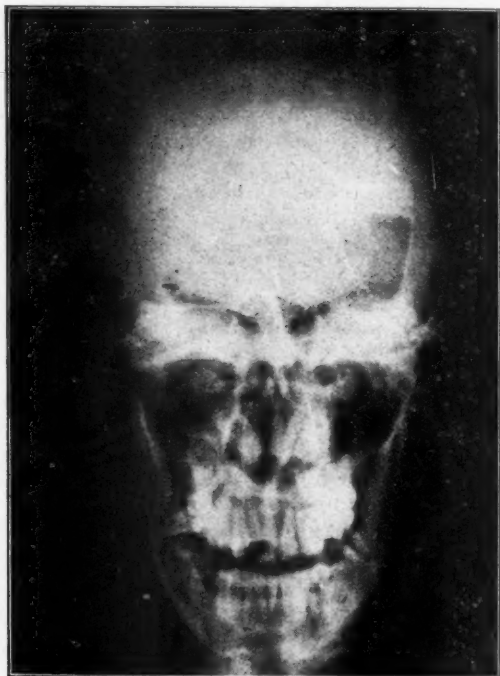


Fig. 1

Reprodução de uma radiografia do crânio, em projeção frontal, do doente R. G. Observar as lesões fibro-císticas ao nível dos ossos do crânio e da face. Ao nível dos ossos frontais se observam o aumento considerável dos seios, sendo que do lado esquerdo atinge lateralmente uma extensão apreciável. Ao nível dos ossos maxilares superiores se observam intensos processos fibro-clásticos, evidenciados por considerável aumento das dimensões dos seios.

Estas lesões podem também ser observadas nos outros ossos do crânio, como ao nível dos ossos parietais (fig. 3).

Apesar destas localizações, ainda, as lesões mais pronunciadas se observam no esqueleto da face. Todos os ossos, por assim dizer, são sédes dos processos de reabsorção — e vemos principalmente ao nível dos seios maxilares superiores (fig. 1) a consequência daqueles processos — um aumento considerável da sua área, e os limites osseos reduzidos à delicadas traves osseas, que são muito nitidas na face externa do corpo dos ossos maxilares (face mais atingida evidentemente, tendo em vista sua arquitetura mais delicada). Em alguns casos (fig. 1) o soalho do antro de HIGHMOORE se reduz a uma delgada lamina de tecido osseo compacto. Chamamos também a atenção para os processos

TODAS AS
NEURALGIAS
REBELDES

SEDAÇÃO
RAPIDA E
ATOXICA

TODAS AS
NEVRAXITES
E SEQUÊLAS

NAÏODINE

A

2
FORMAS

B

SOLUÇÃO NORMAL

2%

INTRA-MUSCULAR

Empolas Amarellas

SOLUÇÃO CONCENTRADA

5%

INTRA-VENOSO

Empolas Azues

INJEÇÕES INDOLORES

Dose por dia: de 10cc. a 20cc.

Fabricação no Brasil com licença especial dos lab. E. LOGEAIS

pelos

LABORATORIOS PRIMÁ

Caixa 1344

Rio de Janeiro

7)

*Lembramos aos exmos. snrs. Medicos
a vantagem do*

BILIDRENO

Dois tipos **COMPRIMIDO
GRANULADO**

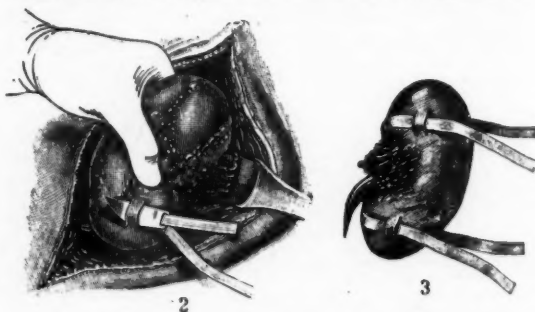
**EFFEITO SURPREHENDENTE NAS MOLESTIAS DO
FIGADO**

**SUA FORMULA E' UMA GARANTIA
BOLDINA — MAGNESIO — PEPTONA**

PRODUCTO DO LAB. DR. LUIZ PEREIRA BARRETO
Rua Victoria, 660 — S. PAULO
REPRESENTANTE NO RIO DE JANEIRO - B. MATTOS & CIA. - R. S. JOSÉ, 66

"RIBBON GUT" D & G FITA PARA SUTURA **Simples e Cromada**

Sem Agulha e com Agulha Atraumática 3/8 de circunferencia



Catgut, seda e crina, sem Agulha e com Agulha atraumática reta, semi-curva e 3/8 de circunferencia, o maior sortimento existente, para qualquer intervenção cirurgica. Crina em carretéis com 4,85 de comprimento.

DAVIS & GECK, INC.
Brooklyn — N. Y.

Agente { **AFRO CHIORBOLI**
A'ameda Ribeirão Preto, 258
Fone: 7-5485 — São Paulo

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DOS SNRS. CIRURGIÕES



Fig. 2

Reprodução de uma radiografia em projeção lateral do crânio do doente anterior (R. G.). Aqui, ainda, são mais esquemáticas as lesões fibro-císticas: aumento de dimensões dos seios frontais; aumento dos seios maxilares superiores; imagens císticas no nível da mandíbula; aumento dos seios das mastóides; imagens de variação da radioopacidade ao nível dos ossos da abóboda craniana; imagens fibro-císticas ao nível dos ossos malares.

de reabsorção que atingem a porção horizontal e montante da peça ossea (fig. 1). Os ossos malares são geralmente atingidos, e apresentam um aspecto relativamente característico, pela menor opacidade e pela presença de cavidades císticas, delimitadas por delgadas traves osseas (fig. 1).

Resta-nos chamar a atenção para as modificações dos seios esfenoidais e mastoideanos, geralmente presentes em todos os "films" radiográficos: o aumento dos referidos seios são bem apreciados nas projeções laterais do crânio (figs. 2 e 3), e geralmente se dão a custa do tecido osseo circunvizinho.

Os seios esfenoidais tornam-se muito volumosos, e ficam separados dos seios maxilares por um sistema de traves osseas, muito delicadas, podendo dar-se a rutura do soalho do seio esfenoidal, e ampla comunicação dos dois sistemas pneumáticos, como lembra a fig. 3. Outras vezes, embora o processo seja intenso, nota-se uma perfeita separação das duas cavidades por um sistema de laminas osseas superpostas, embora apresentem entre si cavidades (fig. 1). Os seios da mastoide seguem a regra geral das cavidades pneumáticas da face.

E' digno de nota o fato das lesões osseas do crânio, na osteose paratireóideana — poderem assumir, com a evolução do

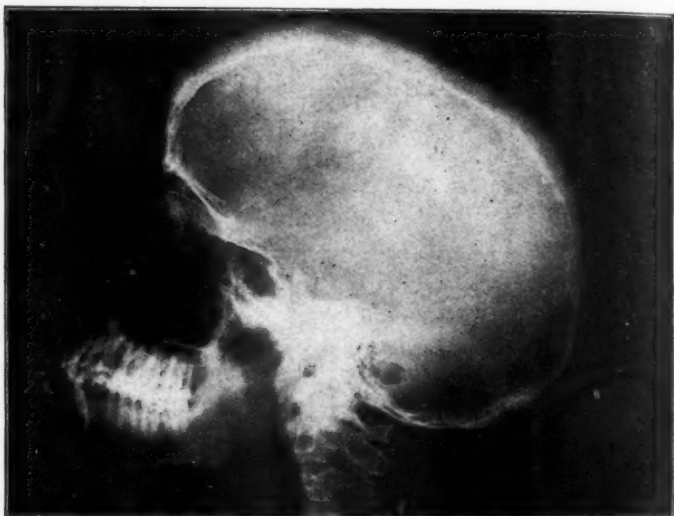


Fig. 3

Reprodução de uma radiografia em projeção lateral do crânio do doente J. P., quatorze meses após uma paratireoidectomia e ligadura da artéria tireoideana inferior esquerda. Imagem pagetoide do crânio. Este doente apresentava uma forma das mais típicas da osteose paratireoideana (figs. 4-8). Observar o aspeto das lesões pagetoides. áreas claras alternam com outras mais escuras; aumento de espessura das taboas osseas, principalmente ao nível dos ossos frontal e parietais.

processo — *aspectos pagetoides*. O mesmo poderá ser observado em outras peças osseas, porém se referimos este fenómeno ao estudarmos as lesões osseas do crânio é pelo fato que temos uma observação (Ob. III do trabalho 7) típica do crânio *pagetoide*. Este doente que apresentava uma forma de localizações ao nível dos membros da osteose paratireoideana, como demonstram as figs. 4 e 8, quatorze meses após a primeira operação mostrava lesões pagetoides ao nível dos ossos do crânio (fig. 3): chama logo a atenção a considerável espessura das taboas osseas dos frontais, parietais e do occipital, e em diversas zonas das superfícies osseas as áreas claras alternam com outras de normal opacidade ao raios X; estas zonas, em forma de *bolas de algodão* — embora não tomem a generalidade da extensão das peças osseas — são bastante numerosas, e conferem indiscutivelmente o caráter pagetoide ao processo. Achamos de alto interesse a pesquisa minuciosa destas *lesões pagetoides* nos doentes com osteose paratireoideana, pois, a sua presença, como no caso em apreço, traz uma indiscutível relação das formas evolutivas antigas da osteite fibro-cística com a molestia de PAGET: é

evidente que aquelas relações se referem aos aspectos das lesões osseas observadas pelos raios "X".

Cintura escapular. — São frequentes na ostéose paratireoideana as lesões das peças osseas que integram o esqueleto da cintura escapular. Dos nossos tres doentes — dois apresenta-



Fig. 4

Reprodução de uma radiografia da espádua direita do doente anterior (J. P.). As características morfológicas são nitidas: presença de numerosas formações císticas, de forma e aspetos variáveis, ao nível da cabeça humeral, e das regiões epifisária e diafisária do humero direito; as formações císticas atingem maiores dimensões ao nível da zona metafisária, que apresenta um traço de fratura ao nível do co'o cirúrgico. Nota-se, ainda, a imagem da cortical, que ao nível da cabeça humeral se encontra muito delgada, porém sem sofrer solução de continuidade. Ao nível da omoplata, em seu bordo axilar, são visíveis as formações císticas.

vam típicas lesões, principalmente localizadas na clavícula, omoplata e humero. Os aspectos das lesões variam: ao nível da clavícula, e da omoplata, observamos um adelgaçamento das corticais, com uma ampliação das lacunas do tecido esponjoso central. Na omoplata ao nível dos bordos axilares, principalmente

abaixo da cavidade glenoide, é que se encontram as lesões mais pronunciadas, e caracterizadas por um adelgaçamento considerável da cortical, por intensa reabsorção do tecido osseo. Estes processos também atingem a espinha da omoplata. E', no entanto, ao nível do segmento escapular do humero que as lesões



Fig. 5

Reprodução de uma radiografia de espadua esquerda do doente J. P. Observar lesões de osteose paratireoideana em fase menos pronunciadas do que a anterior (*mesmo doente*). — Ao nível da cabeça humeral observam-se imagens de reabsorções do tecido osseo esponjoso, e logo ao nível do colo cirúrgico já notam a formação de imagens císticas: idênticos fenômenos são observados ao nível da região metafisária. A cortical se desenha, embora delgada em diversas zonas, sobre as diferentes porções da peça humeral. Imagens idênticas das fases iniciais do processo de osteose são vistas ao nível da omoplata.

são esquemáticas, e se localizam ao nível da cabeça humeral e na zona metafisária (fig. 4): a cabeça se encontra transformada em seu aspecto em vista da existencia de numerosas cavidades irregulares, ocupando o tecido osseo esponjoso; ao nível do segmento articular a reabsorção pode ser intensa, dando a imagem de uma unica e grande cavidade, recoberta no seu limite articular

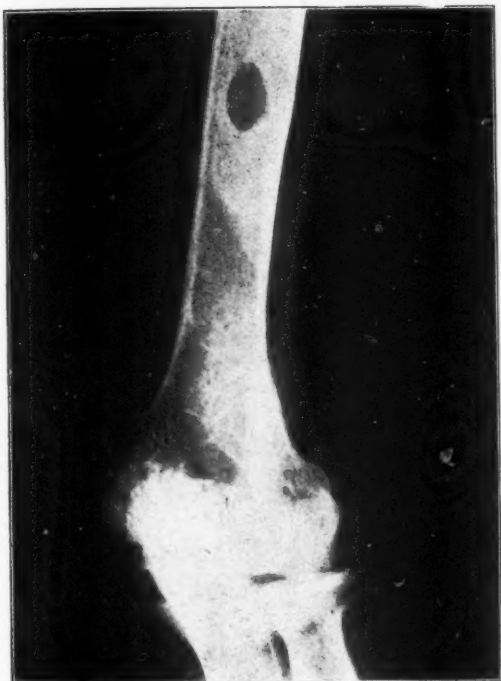


Fig. 6

Reprodução de uma radiografia do 1/3 inferior do humero e do cotovelo esquerdo do doente anterior (J. P.). Observar os processos de reabsorção do tecido osseo esponjoso ao nível das regiões metafisárias das peças osseas da articulação do cotovelo; bem como a presença de uma imagem cística solitária na porção inferior da diáfise humeral esquerda. A imagem da cortical é variavel conforme as zonas examinadas, sendo mais densa ao nível do cisto humeral.

por uma delgada camada de tecido osseo compacto, que ainda não foi atingido pela reabsorção.

Ao nível da zona metafisária superior do humero as *imagens císticas* são idênticas, e os seus limites variam em superfície e forma, sendo, no entanto, limitadas pelo tecido osseo compacto das corticais, que, no entanto, apresentam variações de espessura conforme o ponto examinado. No caso (ob. III do trabalho 7) apresentado anteriormente, observamos ao nível da espádua direita a presença de um traço de *fratura* ao nível do *colo cirúrgico* do humero, e bem se compreende que se trata de *uma fratura patológica*, tendo em vista as profundas lesões, descritas acima, que ocupavam toda a peça ossea, com predominância e maior intensidade ao nível do segmento articular da cabeça humeral.

A reabsorção outras vezes assume um aspecto uniforme, sem a formação *cística*, e a imagem radioscópica é de uma maior ou excessiva transparência do tecido osseo: discretas ou *pequenas áreas císticas* podem aparecer nestes quadros de reabsorção uniforme (fig. 5).

Em relação ao segmento restante da diáfise humeral, e ao seu segmento articular inferior, podemos observar os dois tipos de lesões: lesões císticas e áreas de reabsorção uniforme. Outras vezes, não é raro, pode ser evidenciado um unico cisto ao nível de uma diáfise (Obs. III — do trabalho 7), ao lado de lesões de reabsorção uniforme atingido a zona metafisária e o tecido osseo sub-condral das superfícies articulares inferiores (fig. 6).



Fig. 7

Reprodução de uma radiografia de ambos os ante-braços e mãos do doente R. G. As imagens são de dois tipos: a) imagens de formações císticas, como as que se observam ao nível das regiões diafisária e metafisária do radio esquerdo; b) as imagens de reabsorção difusa, reabsorção por osteólise, que conduz a uma menor radio-opacidade o tecido esponjoso das zonas metafisárias. Ao nível dos metacarpiãos e falanges são nitidos o 2.º tipo de imagens.

Ante-braço e mão. — Ao nível dos dois ossos do ante-braço os processos obedecem aquela lei fisio-patológica anteriormente referida ao iniciarmos este capítulo: as mobilizações calcicas do tecido osseo determinam imagens sob as formas cisticas, ou os processos se caracterizam por consideravel transparencia das zonas diafisárias e metafisárias; outras vezes, o que é frequente, encontramos a combinação das duas imagens.



Fig. 8

Reprodução de uma radiografia do cotovelo e ante-braço esquerdo do doente J. P. Estudar as imagens esquematicas observadas no radio: notam-se grandes formações cisticas, irregulares, comunicantes entre si, e de dimensões variaveis, ocupando toda a zona metafisária e se extendendo pela diáfise radial; o aumento de dimensões das formações cisticas transformou o tecido osseo da cortical em delgada lamina, que se encontra, ainda, bem visivel.

A fig. 7 demonstra perfeitamente aquelas imagens em um dos nossos doentes (Obs. I do trabalho 7). Por outro lado algumas vezes a intensidade dos processos de reabsorção ossea é pronunciadissima no segmento metafisário, e tão intensos são os fenomenos de mobilização calcica — que o segmento osseo fica

reduzido a grandes cavidades, comunicantes entre si, e limitadas exteriormente por delicadíssima cortical: o conjunto traz o espírito e imagem de *vidro soprado* (fig 8): neste caso são esquemáticas as lesões que ocupam o radio esquerdo do doente. E'



Fig. 9

Reprodução de uma radiografia do cotovelo esquerdo do doente anterior. (J. P.) um ano após uma paratireóidectomia e ligadura da a. tireóidea inferior esquerda. — São nítidas as diferenças morfológicas: ao envez das cavidades multiplas, se encontra tão somente um unico e grande cisto, com a mesma localização; a radio-opacidade é mais pronunciada, mostrando indiscutivelmente a presença de deposições calcicas sobre toda a cavidade; o tecido osseo da cortical, ao nível do grande cisto, é mais pronunciado, o que determina uma imagem de maior individualização.

interessante notarmos a evolução que sofreu aquela imagem aproximadamente em um ano após a primeira operação: constatamos uma nitida melhoria das lesões, expressa por uma maior opacidade aos raios "X" do segmento metafisário do radio, e por uma maior espessura das corticais: o conjunto, no entanto, nos lembra um grande cisto. Esta evolução traduz, assim, uma diminuição dos processos de reabsorção ossea (fig. 9).

17)

NAS EXCITAÇÕES E ATAQUES NERVOSOS

Electrol





Elecantol

ELIXIR
(vds. 200 cc)

Neuro sedativo - Anti-espasmódico - Anti-convulsivante

Elecantol é um produto medicinal composto de extratos

vegetais e brometos facilmente assimiláveis.

OS BROMETOS são conhecidos como calmantes da IRRITABILIDADE NERVOSA, HIPNOTICOS SUAVES, adjuvantes poderosos do tratamento da EPILEPSIA, ANTI-CONVULSIVANTES, ANTI-ESPASMÓDICOS, SEDATIVOS DA HIPER-EXCITABILIDADE REFLEXA.

No ELECANTOL os brometos mais úteis são utilizados em doses estabelecidas para cada um deles, de modo a aproveitar o máximo de seu efeito, com o mínimo de inconvenientes. As propriedades do radical químico AMÔNIO, estimulante difusível poderoso, são aproveitadas para combater qualquer possível fator de depressão.

Entre os componentes VEGETAIS destacam-se:

CRATAEGUS OXYACANTHA que é um medicamento indispensável no receituário do clínico moderno, dadas as suas insubstituíveis qualidades de CARDIO-SEDATIVO (no ERETISMO CARDIO-VASCULAR, TAQUICARDIA PAROXISTICA, EXTRA-SISTOLES FUNCIONAIS, TONICARDIACO, etc.).

LEPTOLOBIUM ELEGANS é o poderoso agente medicamentoso originário da flora brasileira, cuja ação terapêutica foi desvendada pelo ilustre Prof. Candido Barata Ribeiro, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e comprovada em estudos farmacodinâmicos praticados por este mestre em companhia dos Drs. Eduardo Guimarães e Domingos Niobey. Clinicamente experimentaram, com sucesso, esse remédio nos casos indicados, os Professores Paes Leme e Sousa Lopes e os Drs. R. Gumbleton e Silva Araujo, entre muitos outros. O Prof. Henrique Ruxo, eminente catedrático de Clínica Psiquiátrica da Universidade do Rio de Janeiro, em seu "Manual de Psiquiatria", cita em diferentes tópicos esse medicamento, cujos efeitos benéficos assinala em várias doenças.

Está, assim, perfeitamente estabelecido o valor do LEPTOLOBIO no combate a vários estados espasmódicos ou convulsivos, ou nos quais esses elementos fazem parte do quadro clínico, sobretudo na EPILEPSIA, na HISTERIA, na ECLAMPSIA, na CORÉA, na COQUELUCHE, na ASMA, na ENXAQUECA, na DISMENORRÉIA, no TÊTANO, nos VÔMITOS INCOERCÍVEIS, etc.

No ELECANTOL o LEPTOLOBIUM é empregado numa dose elevada, porém sem qualquer perigo; a sua ação é notavelmente reforçada pelos elementos sinérgicos já citados.

PRODUCTOS VIRTUS DO BRASIL LTDA.

Praça Princesa Isabel, 16 - Fone: 5-3172 - Caixa Postal, 1874 - S. PAULO
Farm. Resp.: BRUNO P. PAROLARI

Lic. no D. N. S. P. sob N. 631 em 10/7/34 - INDÚSTRIA BRASILEIRA

DOSA GEM: para adultos 1 colher das de sopa, 3 a 5 vezes por dia, para crianças de 12 a 18 anos a metade da dose para adultos, para menores de 12 anos: seguir a indicação do médico.

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SNRS MÉDICOS!



Ao nível dos ossos do carpo, e ao nível dos metacarpianos e falanges, os processos de mobilizações calcicas obedecem principalmente ao tipo uniforme, sem formação cística — o que confere imagens de menor transparencia áquelas peças osseas, principalmente nitidas nas zonas epifisárias dos metacarpianos e fa-

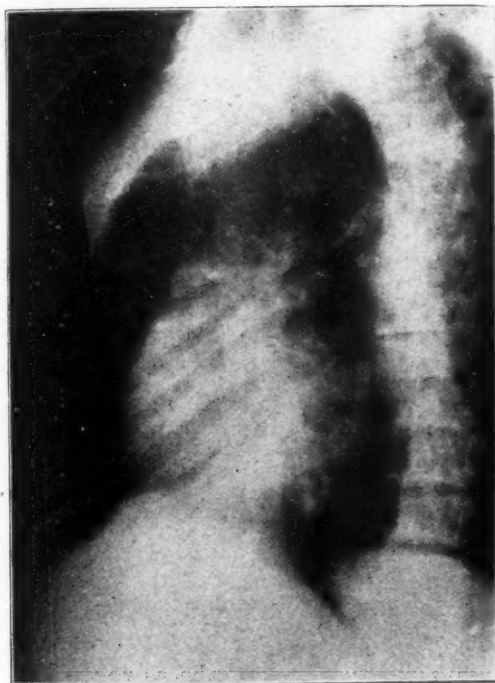


Fig. 10

Reprodução de uma radiografia dos arcos costais direitos do doente R. G. Tão intensos são os processos de reabsorção ossea que só se observam as "sombras" dos arcos costais, pois, a intensa mobilização calcica diminuiu profundamente a sua radio-opacidade.

langes. Podem ser observadas, no entanto, pequenas cavidades ao nível do tecido esponjoso dos ossos do carpo, e mesmo da zona epifisária dos metacarpianos e falanges.

Arcos costais e coluna vertebral. — As costelas são séde frequentemente dos processos de ostéose paratireóideana. As mobilizações calcicas se processam intensamente ao nível destas peças osseas, como em outros setores do esqueleto (ossos longos) — porém a arquitetura particular destes ossos — conduz logo

a intensa descalcificação, perdendo rapidamente a opacidade aos raios "X". É comum observarmos somente uma *sombra* do que foram os arcos costais, naqueles casos de processos intensos e generalizados.

Concomitantemente os corpos vertebrais demonstram idênticos processos: os corpos vertebrais tornam-se reduzidos aos

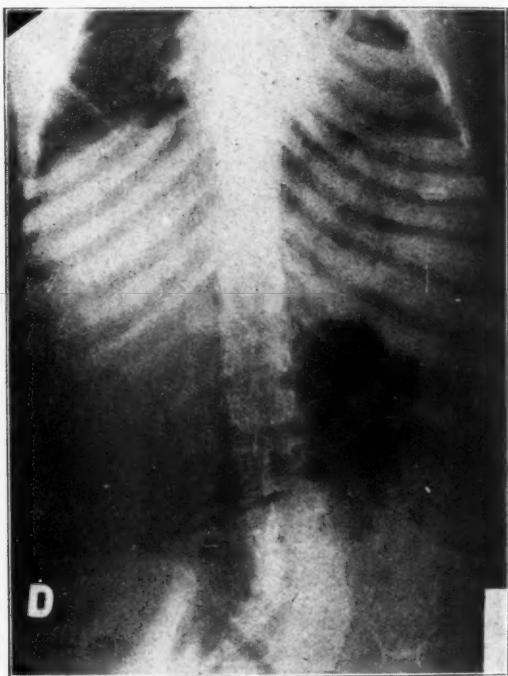


Fig. 11

Reprodução de uma radiografia do torax da doente J. S. (projeção antero-posterior). — Os processos, nesta doente, não eram tão intensos ao nível dos arcos costais comparativamente com os que o doente anterior (R. G.) apresentava. — As imagens de modificações da radio-opacidade dos arcos nesta doente se devem às mobilizações calcicas. Os ultimos corpos das vertebrais dorsais e lombares mostram também imagens de reabsorção por osteólise.

limites que lhes confere o tecido compacto de sua cortical: evidentemente isto se compreende — tendo em vista que o tecido osseo esponjoso do corpo vertebral é rapidamente destruído pelo processo de mobilização do elemento calcico. As alterações combinadas — arcos costais e corpos vertebrais — são evidentes na fig. 10. Evidentemente outras vezes os processos de mobilizações calcicas são menos intensos, embora certas peças do esqueleto

demonstram lesões graves e, por isso, ainda, podem ser bem individualizadas as imagens dos arcos costais, apesar de já apresentarem modificações da radio-opacidade, e, mesmo, modificações morfológicas (fig. 11). Em certos doentes (como o da Obs. III — do trabalho 7) notamos a presença de *imagens de*

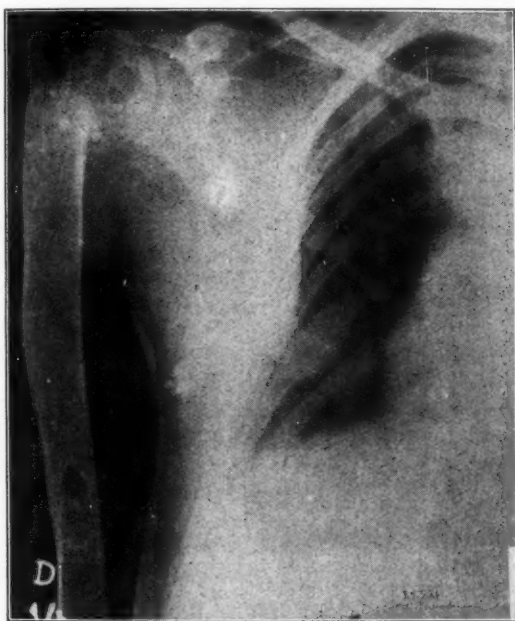


Fig. 12

Reprodução de uma radiografia da espádua direita do doente J. P., após intervenção paratireóideana. Observar a *cura anatômica* da fratura do colo cirúrgico (fig. 4). Existem nítidos processos de deposições calcicas ao nível da cabeça humeral e mesmo ao nível das regiões metafisária e diafisária do humero — pois, ha um maior aumento da radio-opacidade (comparada com a primitiva imagem, fig. 4) Observar ao nível de um dos ultimos arcos costais a imagem de um tumor, que representa uma formação cística c'assica do processo de ostéose.

tumores ao nível de certos arcos costais: assim, na fig. 12, notamos ao nível de um dos arcos costais, (provavelmente o VIIIº) a presença da imagem de tumor ocupando o segmento medio do arco, e limitado por delgadissima cortical; este tumor está subordinado ao mesmo determinismo das lesões císticas — isto é representa uma variedade mais de aspecto do que propriamente histológica.

Bacia. — Ao nível da bacia as lesões das ostéose paratireóideana atingem não só os ossos iliacos, como também a peça sa-

cra, e o segmento superior do femur. As lesões do iliaco se caracterizam por um adelgaçamento considerável do tecido osseo da compacta, a ponto de ficar reduzido à delgadíssima lamina, e mesmo haver a reabsorção destas, persistindo o tecido osseo compacto mais desenvolvido ao nível de seus bordos anterior, superior e posterior. A região cotiloideana, e o seu supercílio, é atingida pela reabsorção — dando-se o desaparecimento do re-



Fig. 13

Reprodução de uma radiografia da bacia da doente J. S. As lesões, neste caso, são pronunciadíssimas: imagens císticas, de dimensões variáveis, ocupando não só a peça femural como o osso iliaco, e determinando uma profunda deformação das mesmas peças osseas; as imagens císticas são máximas ao nível da cabeça e colo anatómico do femur; as lesões se estendem para o diáfise femural esquerda. A cortical, apesar de muito delgada, ainda se individualiza. — Verificar início do processo de osteose ao nível do ramo ischio-pubiano direito, cavidade cotilóide e cabeça femural direita.

bordo superior da cavidade cotilóide, e, ainda, uma verdadeira destruição do soalho daquela cavidade, com penetração ulterior da cabeça femural, que faz, assim, procidencia na pequena bacia (fig. 13). O segmento articular femural geralmente é sede de processo fibro-cístico e o seu tecido esponjoso é rapidamente alterado, dando-se a formação de imagens císticas disseminadas em diversas áreas da cabeça femural; estas formações císticas também se encontram na região do colo anatómico e na zona metafisária. O processo, em certos casos, pode atingir um grau de gravidade considerável, transformando completamente a extremidade superior do femur, inclusive sua superfície articular,

em consideráveis *cavidades císticas*, multi-loculares, de dimensões variáveis, separadas, ainda, por sistemas de traves osseas persistentes, e que alteram completamente a morfologia do segmento superior da peça femural (fig. 13). As imagens fibro-císticas outras vezes são mais discretas ao nível do segmento superior, e mesmo sobre a porção articular femural; é o que notamos em um dos mais típicos casos (Obs. I — do trabalho 7), no qual constatamos *localizações* menos intensas do processo de osteose ao nível da extremidade superior do fêmur comparativamente com outras localizações (joelhos principalmente).

Joelhos e pernas. — Ao salientar no sentido topográfico as localizações ao nível dos joelhos e pernas desejamos mostrar regiões que são séde frequente das mais esquemáticas alterações osseas. E' interessante referir que os aspectos gerais, no sentido microscopico, são analogas às já observadas em outros segmentos regionais dos membros, e que atingem peças osseas com a mesma histioarquitetura (ossos longos). E', no entanto, fato de observação que o processo da osteose tem as suas predileções topográficas quanto à intensidade das lesões; acreditamos que os segmentos osseos femural e tibial representem zonas de eletividade para os processos de reabsorção, principalmente ao nível da região metafisária (zona de BAUER). As figs. 14 e 15 demonstram claramente a distribuição das lesões, as suas características morfológicas e a sua intensidade. Sobresae principalmente a forma *cística*, com os aspetos os mais irregulares e caprichosos, à maneira do que já descrevemos em um dos nossos casos (Obs. III — trabalho 7) ao nível do radio. E' preciso registrar que o tecido osseo das corticais resiste por muito tempo à reabsorção, chegando, no entanto, época em que se rompe; esta destruição das corticais é muitíssima rara, e nós, ainda, não a observamos em nossos casos, apesar da intensidade dos processos de mobilizações calcicas. Anteriormente às imagens císticas podemos notar as imagens de menor ou pronunciada diminuição da radio-opacidade do tecido osseo da zona de BAUER.

Apreciação geral sobre as lesões osseas evidenciadas pela radiologia na osteose paratireóideana. — A descrição um tanto minuciosa das lesões osseas observadas na osteose paratireóideana nos mostra a existencia de quadros bem individualizados aos raios "X", e que traçam o diagnostico das importantíssimas formas de reabsorções osseas por hiperparatireoidismo — a moléstia classica de ENGEL-RECKLINGHAUSEN.

Não pretendemos, aqui, traçar a discussão e o diagnostico diferencial com outras afecções do esqueleto, nas quais se encontram aqueles *aspetos císticos*, ou as imagens de *diminuição da radio-opacidade*, os *adelgaçamentos das corticais dos ossos longos*. Desejamos somente agrupar as características gerais das

imagens que nos permitem um diagnostico de osteose paratireóideana — geralmente com grande precisão.

As caraterísticas gerais das lesões observadas na osteose paratireóideana são:

presença geralmente de imagens císticas, de forma e dimensões variáveis, atingindo de uma maneira geralmente sistematizada principalmente os ossos longos, e com predileção para as

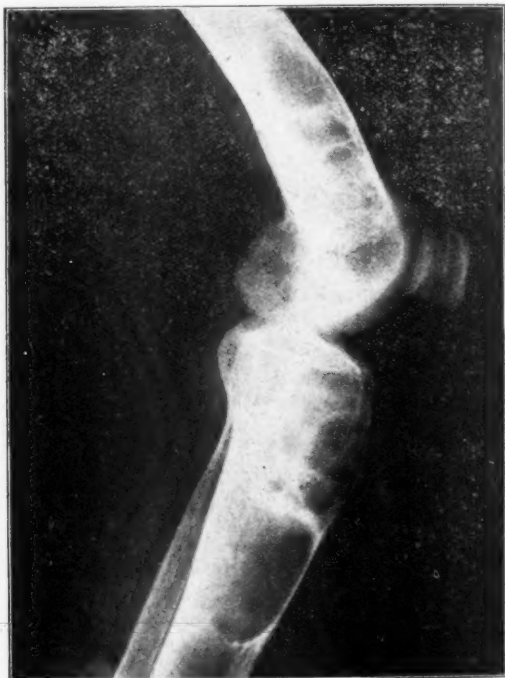


Fig. 14

Reprodução de uma radiografia do joelho esquerdo, em projeção lateral, do doente R. G. — Processos intensos e esquemáticos de osteose paratireóideana. Imagens císticas, numerosas e irregulares, ocupando as zonas sub-condral, metafisária e diafisária. Ao nível da peça femoral os cistos são menores, e menos irregulares em suas dimensões, embora ocupem as mesmas zonas. A cortical ao nível dos grandes cistos metafisários se encontra reduzida a uma delgadíssima lamina de tecido osseo compacto.

suas epífises e zonas metafisárias; as imagens císticas conservam sempre delicadeza nos seus contornos, por mais intensos que sejam os processos de reabsorção ossea — e como característica universal — são sempre bem delimitadas do exterior por uma cortical muito ou muitíssimo delgada, em vista da reabsorção

calcica de que é séde o seu tecido osseo compacto; estas imagens císticas, tais sejam os fenómenos de osteoclasia e de halisteresis — podem confluir em um unico e grande cisto ocupando a totalidade de epífise superior de um osso longo, ou uma grande parte



Fig. 15

Reprodução de uma radiografia da perna esquerda da doente J. S., que apresentava as graves lesões da bacia (fig. 13). Observar as profundas alterações anatomicas da tibia nesta doente. Ao lado de processos fibro-císticos se encontram imagens de condensação ossea, explicaveis pelas deposições ultteriores do calcio mobilizado ao nivel das proprias zonas: estas condensações são vistas ao nivel das regiões metafisárias. Apesar destas imagens, ainda, são nítidas as formações císticas em toda a extensão da peça ossea, embora alternem com zonas em que ha deposições calcicas (processo antigo, datando de 9 anos). A cortical se encontra delgada, principalmente nas zonas das metafises tibial. O peroneo é sede de intenso processo de reabsorção por osteolise.

do mesmo segmento; nesta ultima imagem, ainda, as carateristicas de forma e limites persistem, como si fôra no cisto elementar do tecido esponjoso metafisário; quando estão ausentas as formações císticas — o que é excepção — notamos ao nivel das peças osseas, nas regiões epifisárias e metafisárias de preferencia

— imagens chamadas de reabsorção uniforme do tecido osseo — que têm como expressão radioscópica uma nítida e característica diminuição da radio-opacidade normal do tecido osseo, o que se compreende pela mobilização do elemento calcico, e cuja reabsorção pôde chegar até a exposição da primitiva trama conetiva do tecido osseo; constantemente estes dois tipos de imagens se associam, predominando as formas císticas.

Uma vez esquematizados os dois tipos de lesões reveladas pelos raios X — podemos mostrar os seus equivalentes anatomo-patológicos. Em um trabalho exclusivamente dedicado ao estudo dos processos de reabsorção ossea (6) referimos que estas se processam por dois mecanismos basicos:

a) — *reabsorção ossea por osteoclasia*, caracterizada pela interferencia dos osteoclastos, que se encarregam de destruir as lamelas osseas dos sistemas haversianos, formando primeiramente as lacunas de Howship, e posteriormente pela reunião destas ultimas as *formações císticas* vistas aos raios "X", e anteriormente estudadas ;

b) — *reabsorção ossea por haliteresis ou osteolise*, que se processa sem a interferencia dos elementos celulares (osteoclastos) — e que pode ser determinada por uma série de determinantes locais e gerais, das quais uma das mais importantes é a *hormona paratireóideana*; graças à ação daquela hormona o elemento calcico é mobilizado das zonas episárias (zona de Bauer). e tal seja a sua intensidade (osteóse paratireóideana) — podemos notar ao nivel das regiões mencionadas um tecido conetivo fibroso residual, sobre o qual o elemento calcico anteriormente se encontrava depositado; este tecido conetivo dá aos ossos uma característica especial, e o mesmo é revestido por uma delgada camada de tecido compacto subsistente.

Os classicos já chamavam a atenção para as alterações da medula ossea e do tecido osseo; Kaufmann (8) salienta a característica transformação fibrosa das peças osseas, que confere aos ossos uma consistencia mole, flexivel, e um aspeto finamente poroso. Estas características fizeram já anteriormente Recklinghausen (15) denominar de *malacia metaplastica* àquela forma de osteite fibrosa. As peças osseas atingidas por aquela transformação fibrosa podem orientar-se para formas *poroticas*, *hiperostoticas*, e *escleroticas* (segundo Christeller — 2 e 3), em consequencia respectivamente da predominancia de processos de mobilização (destruição segundo o A.), de aposição, ou fixação secundaria do calcio. Evidentemente o criterio defendido por Christeller (2 e 3), e subscrito por Kaufmann (6) é unicista, quanto à filiação histogenetica da classica osteite fibro-cística (molestia de Recklinghausen) e à osteite deformante (molestia de Paget): a *osteite fibrosa*, como lesão — seria o traço comum. Desejamos não en-

26)

trar na discussão deste tema, que a nós não compete, porém, defendemos o critério hoje estabelecido da separação dos dois quadros — e inclusive a denominação de *osteose paratireóideana* mais exata, embora possamos ter formas complexas, como as formas pagetoides de osteose paratireóideana (referimos anteriormente o crânio pagetoide na molestia de Recklinghausen). Acharnos que o critério de estudar a osteose paratireóideana e a molestia de Paget deve ser o das lesões elementares — isto é — dos processos de reabsorções osseas, base indiscutível de compreensão dos mesmos, e, ainda mais, das formas combinadas (formas pagetoides da osteose paratireóideana).

RESUMO

O A. basea o seu trabalho numa análise minuciosa das lesões reveladas pelos raios "X" em tres doentes portadores da osteose paratireóideana (molestia de Engel-Recklinghausen).

O A. individualiza dois tipos de imagens de importancia anatomica: a) — as imagens classicas dos cistos, em suas localizações epifisárias e metafisárias; b) — as imagens de diminuição pronunciada da radio-opacidade do tecido osseo esponjoso; c) — as imagens de adelgaçamento das corticais, não só ao nível dos cistos, mas também das zonas diafisárias.

O A. estabelece uma relação entre aquelas imagens e as lesões reveladas pela anatomia patológica.

SUMMARY

The author makes a careful analysis of the lesions revealed by x-Ray examination of the skeleton of three patients with parathyroidean osteosis (von Recklinghausen's disease).

The A. describes three kinds of roentgen pathologic changes: 1) the *epiphyseal* and *metaphyseal* cysts, that are the classic images; 2) the aspects of the *remarkably decreasing opacity of the cancellous tissue*; 3) those of *thinning of the cortex at the level of the cysts and in the diaphyses*. There is a relation between these roentgenologic findings and the lesions revealed by the pathologists.

Endereço: Rua Guianazes, 759

LITERATURA

- 1 — CHAVEAU, L. — De l'osteite fibro-géodique de Recklinghausen* — These de Paris, 1935.
- 2 — CHRISTELLER, E. — Referat über die Osteodystrophia fibrosa. Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gessellschaft — 21. 7/48. 1926.
- 3 — CHRISTELLER, E. — Vergleichend Pathologisches zur Rachitis Osteomalazie und Ostites fibrosa. Berl. Klin. Wochenschr. 979/981. 1927.
- 4 — HOYLE, J. C. — The relation of parathyroid glands to disorders of bone. — The Practioner — 124. 532/547 — 1930.

- 5 — HERMETO JUNIOR, S. — (em colaboração com A Monteiro) Cirurgia das paratireóides. Relatório ao 1.º Cong. Pan-Americano de Endocrinologia — 1.º vol. 125/252. Rodrigues & Cia., edit. Rio de Janeiro — 1939.
- 6 — HERMETO JUNIOR, S. — Os processos de reabsorção ossea. Significação e consequências cirúrgicas. Rev. da Ass. Paulista de Med. vol. XVI. ns. 3/4. 143/194. Março-Abril, 1940.
- 7 — HERMETO JUNIOR, S. — A paratireóidetomia na molestia de Engel-Recklinghausen. Apresentação de tres observações. — Rev. Brasileira de Orthop. e Traumat., vol. II — fasc. 2 — 69/106 — Nov-Dez, 1940.
- 8 — KAUFMANN, E. — Trattato di Anatomia Patologica Speciale, IV.ª ed. italiana. II.a Parte. 971/975. F. Vallardi — edit. Milano. 1929.
- 9 — KIENBOCK, R. — Fortschr. ad. Geb. d. Rontg. 39. 696 — 1929 (Discussão da comunicação de Régnier sobre a osteopatia de Engel-Recklinghausen).
- 10 — LERICHE, R. — Physiologie et Pathologie du Tissu Osseux — Masson, édit. — Paris, 1939.
- 11 — LERICHE, R. — Réflexions sur la chirurgie des parathyroïdes et sur les maladies d'origine parathyroïdienne Xc. Congr. de la Soc. Int. de Chir. 1.º vol. 623/634 — 1936.
- 12 — LIÈVRE, J. A. — L'ostéose parathyroïdienne et les osteopathies chroniques. Masson, édit. — Paris, 1932.
- 13 — MANDL, F. — Therapeutischen Versuch bei eine Falle von Ostitis fibrosa generalisata mittels Extirpation eines Epithelkörperchentumoren. — Zentralbl. f. Chir. 53. 260. 1926.
- 14 — MICHAELIS — Ostitis deformans (Paget) und Ostitis fibrosa (von Recklinghausen) — Erg. d. Chir. and Orthop. vol. XXVI — pg. 381 — 1933.
- 15 — RECKLINGHAUSEN, F. — Die fibrose oder deformierende Ostites, die Osteomalacie und die osteoplastische Karcinose in ihren gegenseitigen Beziehungen. — Festschrift der Assistenten Virchow. — 1891.
- 16 — SCHMORL, G. — Zur Kenntnis des Ostitis fibrosa (*Discussão*) — Verhandl. d. Deutsch. path. Gessellschaft. 21. 71/86. — 1926; *idem* — pgs. 136/144.
- 17 — WELTI, H. et JUNG, A. — Chirurgie des Parathyroïdes. Rapport au XLII.º Congrès Français de Chirurgie — Paris, 1933.

Philergon, fortifica de fato

HIPERTENÇÃO ARTERIAL - MIOCARDITES - ARTERIOESCLEROSE

CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

A base de Viscum album. - Cactus grandiflora - Cratoegus - Kola - Scilla Rodanato de Potassa

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Médicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

Genalcaloides

POLONOVSKI E NITZBERG

Ampolas.
Gotas.
Granulos.

NOVOS ALCALOIDES
NÃO TOXICOS

NA PRATICA
QUOTIDIANA

GENATROPINE

GENESERINE

GENOSCOPOLAMINE

GENHYOSCYAMINE

GENOSTRYCHNINE

GENOSTHENIQUES

*Cacodylate de Genostrychnine
e de Geneserine*

■ HYPERACIDEZ
DORES ABDOMINAES

■ HYPOACIDEZ
SYNDROMA SOLAR

■ PARKINSONISMO
ASTHENIA CIRURGICA

■ TREMORES DIVERSOS
SEQUELAS DE ENCEPHALITES

■ NEURASTHENIA
PARALYSIAS

■ ASTHENIA
DEPRESSÃO

Os Drs. Max e Miguel Polonovski designaram com o nome de "Genalcaloides" (C. R. Académie des Sciences, Paris, 1925) uma serie de compostos alcaloides de função aminoxida nos quaes se reconheceram propriedades identicas ás do alcaloide fundamental de que derivam, porém, com a differença essencial de que são mui fracamente toxicos comparados com o alcaloide.

AMIDAL
(Fermentos lacticos)
ENTERITES
DIARRHEAS

Laboratorio AMIDO
A. BEAUGONIN, Pharmaceutico
4, Place des Vosges, - PARIS

BACKERINE
(Fermentos Seleccionados)
TUMORES
CANCER

Agentes Geraes para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.

174 Rua General Camara - Caixa 484 - Rio -

MUGÓLIO

O **MUGÓLIO** é um producto balsâmico obtido pela destillação dos brótos, agulhas e ramísculos do Pinus Pumillo, que, na montanha que vegeta nas rochas das altas montanhas dos Alpes Dolomíticos, em altitude superior a 2.000 metros.

As propriedades therapeuticas do **MUGÓLIO** baseiam-se em suas acções balsémica, antiputrida e anticatarrhal.

O **MUGÓLIO** encontra-se, pois, indicado em todas as affecções das vias respiratorias, agudas e chronicas. Com o seu uso, desaparecem a febre e os suores nocturnos; restabelece-se o sono e o appetite; observa-se notavel melhora na taxa hemoglobínica e no quadro hemático de onde, como consequencia, o augmento de peso e acceleração da cura.

Mugólio injectavel

sob 3 fórmas:

- **MUGÓLIO SIMPLES** - I, II e III grãos
- **MUGÓLIO COM CHOLESTERINA E CINNAMATO BENZYLICO** - I e II grãos
- **MUGÓLIO LECITHINADO** - I e II grãos

- **OTO-RINO MUGÓLIO** - Solução a 5 e 10 o/o em óleo de vaselina
- **RINO-MUGÓLIO** - Pomada para o nariz, com 3 o/o de ephedrina
- **POÇÃO DE MUGÓLIO** - Solução a 3 o/o em vehiculo xeroporo.

LABORATORIOS CALOSI DALLARI-L. PICOLLO & C^{IA} R. DA GLORIA, 674-S. PAULO

A perícia médica nos casos de simulação em infortunistica *

Dr. Antônio Miguel Leão Bruno

Doutor em Medicina. Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais. Assistente Adjunto da Cadeira de Medicina Legal da Faculdade de Medicina de São Paulo. Chefe da Secção de Psicologia Experimental ao Instituto Oscar Freire (Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Medicina). Médico Legista do Estado.

1.^a PARTE

A classificação das modalidades de simulação

I

A SIMULAÇÃO EM INFORTUNISTICA. SUA DEFINIÇÃO

Em trabalho relatado na Segunda Semana Paulista de Medicina Legal, em 7 de novembro de 1940, definimos a *simulação em infortunistica* como sendo — “o conjunto de manifestações concientes e artificiais por via das quais se concretiza a vontade do empregado para iludir terceiros (o médico, o empregador, as companhias de seguros, advogados, juizes, curadores especiais das vítimas de acidentes do trabalho, etc.), tendo em vista obter determinadas vantagens”.

II

MODALIDADES DE SIMULAÇÃO

Para se compreender bem o aspecto médico-legal do problema, vejamos as diferentes modalidades de simulação.

Aproveitando-nos das diferentes classificações já existentes, vamos — de acordo com a nossa experiência e com a gravidade

* Tese apresentada ao Primeiro Congresso Brasileiro de Direito Social em 13-V-1941, sustentada perante a D. Subcomissão de Acidentes do Trabalho e debatida em 17-V-1941.

dos meios de que lança mão o simulador — considerar na seguinte ordem as modalidades de simulação:

- 1.º) SIMULAÇÃO VERDADEIRA
- 2.º) AGRAVAÇÃO VOLUNTÁRIA
- 3.º) IMPUTAÇÃO INEXATA
- 4.º) DISSIMULAÇÃO
- 5.º) EXAGERAÇÃO

1.º) SIMULAÇÃO VERDADEIRA. — E' aquela modalidade de simulação por via da qual o seu autor inventa ou imita uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença, afim de, com este meio ilícito, auferir vantagens pessoais. (A. M. Leão Bruno).

Na *simulação verdadeira* há a simulação do acidente, vale dizer, a simulação da causa (porisso que, na verdade, não se registou nenhuma lesão corporal, perturbação funcional, ou doença, produzida pelo exercício do trabalho ou em consequência dele) e a simulação dos pretendidos efeitos desse pseudo-acidente.

Nesta modalidade podem ser incluídas as simulações de fenômenos assim subjetivos como objetivos, maxime daqueles.

Dentre os primeiros mencionem-se: A dor, anestésias, nevroses, epilepsia, paralisias, cegueira, surdez, mutismo, etc.

E dentre os segundos: Afecções cutâneas, hemoptises, hemateses, albuminúrias, hematúrias, etc.

2.º) AGRAVAÇÃO VOLUNTÁRIA. — *Agravação* é o ato de agravar. No capítulo da simulação em infortunistica, entende-se por *agravação* (agravação conciente, naturalmente, visto que é a única a merecer reparos nesta exposição) — o ato por via do qual o empregado recorre, voluntariamente, a meios ilícitos para fazer piorar o estado da sua lesão corporal, perturbação funcional ou doença, com o fito de auferir determinadas vantagens (Definição proposta pelo A. na Segunda Semana Paulista de Medicina Legal).

Intencionalmente uma lesão pode ser entretida ou agravada. Sirvam de exemplo:

- a) A aplicação de substâncias irritantes num ferimento;
- b) A inobservância das prescrições médicas (como, à guisa de exemplo, a locomoção antes do prazo médio da consolidação óssea e a retirada do penso antes da indicação).

3.º) IMPUTAÇÃO INEXATA. — E' aquela modalidade de simulação por via da qual o empregado atribue dolosamente (IMPUTAÇÃO INEXATA CONCIENTE) ou, até, de boa fé (IMPUTAÇÃO INEXATA INCONCIENTE), a um traumatismo de fato ocorrido, uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença preexistente ou superveniente mesmo, mas sem que haja

nexo real de causa e efeito (A. M. Leão Bruno). Passível de penalidade, naturalmente, somente quando a imputação inexata for dolosa (IMPUTAÇÃO INEXATA CONCIENTE). Para esta última modalidade de simulação reservamos o nome de IMPUTAÇÃO FALSA.

4.º) DISSIMULAÇÃO. — Dissimulação em infortunistica é aquela espécie de fingimento que consiste em ocultar o seu autor uma determinada lesão corporal, perturbação funcional ou doença, com o fito de ser tido como são, afim de obter um emprego ou um seguro de vida ou, ainda, para, após ter ingressado no trabalho com esse ardil, atribuir uma origem traumática ao mal de que já padecia e, destarte, exigir ilicitamente uma indenização (A. M. Leão Bruno).

Na SIMULAÇÃO VERDADEIRA, já vimos, o seu autor inventa ou imita uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença. Na DISSIMULAÇÃO — não há invenção ou imitação duma lesão corporal, perturbação funcional ou doença. Há realmente uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença. Mas, neste caso, o mal de que se lamenta o empregado já preexistia. Já preexistia e, de caso pensado, fora cuidadosamente encoberto.

Ouçamos a Francesco Carrara:

“Ao-passo-que na SIMULAÇÃO se faz aparecer o que não existe, na dissimulação se esconde aquilo que existe. Uma, provoca a falsa crença dum estado não real; a outra, oculta o conhecimento dum estado existente. Aquela, tem em mira uma ilusão externa; esta, uma ocultação interna. Dissimula-se, destarte, a ira, o ódio, o rancor. A finalidade do procedimento do indivíduo, assim na simulação como na dissimulação, é — enganar, carater fundamental das várias formas simulatórias. Na *simulação* se quer enganar porisso que o seu autor pretende que se acredite na existência dum estado mendaz e, na *dissimulação*, na inexistência dum estado efetivo. A *simulação* é um fantasma; a *dissimulação*, uma mascara”.

De regra, mui difficil é, em infortunistica, fazer um diagnóstico “a posteriori” da *dissimulação*. De feito, após o contrato de locação de trabalho e já se encontrando o empregado em pleno exercício de suas atividades — estas podem, muitas vezes, mascarar a fraude.

Por isso registre-se, desde agora, a importância capital do exame meticoloso do empregado antes de ser efetuado o contrato de locação de serviço.

5.º) EXAGERAÇÃO. — Para Antônio de Moraes Silva, *exageração* é “ato de exagerar, encarecimento, amplificação”; e, *exagerar* significa — “amplificar, encarecer, representar as cousas maiores do que são; exagerar as suas grandezas, a sua dor, seus males”.

Segundo José Maria de Almeida e Araujo Corrêa de Lacerda, *exagerar* deriva do lat. "exaggero, as; de "ex", e "aggero, as", por em montão, amontoar: "ad", e "gero, is", trazer; levar; negociar; administrar; fazer, etc." Quer dizer "encarecer, representar uma coisa, um fato maior do que é na realidade, amplificar, engrandecer...": "Quasi sempre *exageramos* o perigo, os bens e males. Tressan". Sinonímia comparativa: *Exagerar, encarecer*. "*Exagerar* recai mais propriamente sobre as circunstâncias que fazem notável a coisa *exagerada*, e *encarecer* sobre as que fazem apreciável, conservando o verbo neste sentido figurado (em que é sinônimo de *exagerar*) a propriedade do seu sentido reto"... "Um casamenteiro *exagera* as riquezas, e *encarece* as boas prendas da dama que propõe"...

Nos infortúnios do trabalho o autor da interessante modalidade de simulação que ora abordamos — *exagera* a lesão corporal, perturbação funcional ou doença e, ao mesmo tempo, *encarece-a*, isto é, pretende fazer subir o preço da indenização...

Em infortunistica, pois, dizemos que há *exageração* conciente (a única que nos interessa neste estudo) — quando o empregado amplifica fingidamente o seu mal com o intuito de iludir terceiros e tendo em vista obter o máximo provento de um acidente, inda que insignificante (A. M. Leão Bruno).

2.ª PARTE

A perícia médica nos casos de simulação em infortunistica

I

A SINTOMATOLOGIA DAS DOENÇAS E A INFLUÊNCIA ETIOLÓGICA DOS TRAUMATISMOS

Já em 1594 dizia J. B. Silvaticus:

"Morborum omnium et præsertim internorum signa certa pathognomonica ante omnia probe sciri necesse est".

De feito, a primeira condição requerida para a descoberta da fraude nos casos em apreço — é o conhecimento perfeito da sintomatologia da doença de que se queixa o empregado.

Não apenas, contudo, o perito deve possuir o conhecimento exato da sintomatologia das diferentes doenças cuja existência é preciso confirmar ou infirmar. Para justificar as causas que as motivaram, deve, ele, ainda, possuir uma noção tão perfeita quanto possível da influência etiológica dos traumatismos.



*Terapeutica
Moderna de
Resultados
Visiveis*

HISTIDINASE.

*Tratamento
Biochimico das*

ULCERAS GASTRO DUODENALES

- HIPERACIDIDADES -

**EPIDISTALGIAS DE ORIGEM
NÃO ULCEROSAS**

MARCA REGISTRADA

*DICERE ET
NON PROBARE
NON EST DICERE.*

Tratamento das úlceras gastro-duodenaes pela associação Histidina-Pepsina

● **Observação n.º 1** — A. B. S., brasileiro, solteiro, 21 anos, lavrador.

Ha 2 anos queixa-se de dores no epigastrio.

A principio sofria dores logo após a ingestão de alimentos, acompanhadas de sensação de plenitude gástrica, azia, eructações frequentes. A menor compressão sobre o epigastrio exacerbava a dor. Passou assim cerca de 3 meses.

Não fez restrições alimentares, continuando com a sua alimentação comum, apimentada e pouco variada. Depois desse tempo, a dor precóce foi substituída por uma sensação dolorosa mais aguda e sem localização precisa, com caráter oscilatorio e acompanhada de eructações ácidas. Nesta fase comprimia o epigastrio para mitigar as dores. Teve períodos de acalmia seguidos de outros de exacerbação das manifestações gástricas já aludidas. Nestas crises era acometido por constipação intestinal rebelde.

Suspeitamos de processo ulceroso duodenal e praticamos a prova de Katsch para verificação da acidez gástrica e outros dados referentes ás afecções desse segmento.

A prova realizada 27-9-39 mostrou hiperacidez e uma curva escalonada típica. Era pois um dado que confirmava o nosso diagnostico.

O exame radiológico feito alguns dias depois accusava: "estomago apresentando muito espessado e irregular o relevo da mucosa por processo cronico de gastrite. Bulbo duodenal deformado apresentando nicho tipico de lesão ulcerosa". — 29-9-39.

Tratava-se pois de um caso tipico de ulcus duodenal com processo de gastrite concomitante.

O tratamento indicado foi o seguinte: alcalinos, beladona e injeções de solução de cloridrato de histidina pura. Repouso e alimentação adequada. Injeções de histidina em dias alternados.

As melhoras acusadas pelo paciente foram mínimas. Mesmo após varios dias de tratamento ainda havia dor tardia, eructações, etc. Atingido o 45.º dia de tratamento e persistindo a maioria dos sintomas, resolvemos praticar nova prova de Katsch. Esta mostrou a persistencia da hiperacidez e o escalonamento da curva, não accusando pois melhora alguma.

A radiografia feita no dia seguinte confirmava plenamente o resultado da prova funcional, mostrando: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado, apresentando nicho tipico de lesão ulcerosa cronica". — 18-11-39.

Ante o insucesso da terapeutica pela histidina pura, resolvemos tentar o tratamento pela associação histidina-pepsina. Conservamos as mesmas condições anteriores: alcalinos, repouso, etc. Iniciamos uma série de 18 injeções de Histidinas.

Entre a 4.ª e 5.ª injeção, após um fúgar periodo de exacerbação do processo, notamos sensível melhora no paciente. As dores foram se abrandando á medida que progredia o tratamento, as eructações rarearam, o appetite que diminuia voltou ao normal. Após 30 dias do inicio do novo tratamento, tendo desaparecido todos os sintomas anteriores, resolvemos praticar nova prova de Katsch. Como era esperado, a acidez gástrica voltou quasi aos limites normaes, evidenciando a notavel ação do medicamento empregado. A prova radiografica confirmou o sucesso da nova terapeutica, pois accusou: "estomago sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado ligeiramente, não apresentando mais o nicho ulceroso visível nos dois exames anteriores".

● **Observação n.º 2** — Senhora I. P., 32 anos, hespanhola.

Ha cerca de 2 anos sente dor na região epigástrica e eructações. A dor aparece logo pela manhã e se exacerba antes das refeições, para depois de uma ingestão de alimentos. Os alcalinos não achá quente conseguem minorar as dores. Das crises comprime fortemente a região epigástrica e os sintomas apresentam fases de acalmia. Logo nova crise aparece com toda a pleiade de sintomas referidos. Obstipação intestinal rebelde. Já foi tratado com preparados á base de histidina sem resultado.

Antes de ser feita a radiografia do estomago e duodeno camos a prova de Katsch. Revelou esta, hiperacidez gástrica (acidez-livre 75.º). A radiografia do estomago e duodeno mostrou a presença de uma lesão ulcerosa no nicho ulceroso da 1.ª porção que se apresentava bem definida. De posse dessa documentação iniciamos o tratamento com injeções de Histidinas exclusivas. Não prescrevemos alcalinos e a alimentação ficou liberal. Depois da 5.ª injeção todos os sintomas desapareceram, a paciente aumentou de peso e a alimentação tornou-se regular. A curva de Katsch mostrou boa alimentação e o estado geral melhorou muito. Não mais apresentou crises de obstipação intestinal. Após 18 ampolas e depois de um intervalo de 15 dias nova série foi iniciada.

Está ha 6 meses em observação e o bem estar persiste, de nada mais se queixando a paciente.

● **Observação n.º 3** — A. R. V., brasileiro, 2 solteiro.

Antecedentes pessoas e familiares sem importancia.

De 3 anos para cá tem perturbações digestivas. Começou a sentir cólicas abdominaes logo após a ingestão de alimentos. Os sintomas se manifestam com maior intensidade após as refeições. A acidez gástrica é normal. A curva de Katsch apresenta uma pequena elevação. A radiografia do estomago e duodeno mostrou a presença de uma lesão ulcerosa no nicho ulceroso da 1.ª porção que se apresentava bem definida. De posse dessa documentação iniciamos o tratamento com injeções de Histidinas exclusivas. Não prescrevemos alcalinos e a alimentação ficou liberal. Depois da 5.ª injeção todos os sintomas desapareceram, a paciente aumentou de peso e a alimentação tornou-se regular. A curva de Katsch mostrou boa alimentação e o estado geral melhorou muito. Não mais apresentou crises de obstipação intestinal. Após 18 ampolas e depois de um intervalo de 15 dias nova série foi iniciada.

Suspeitando de processo ulceroso praticamos a prova de Katsch e Kalk que revelou hiperacidez com grande (200 cc.). Hematias, leucócitos degranulantes e muito muco. A acidez gástrica é normal. A curva de Katsch apresenta uma pequena elevação. A radiografia do estomago e duodeno mostrou a presença de uma lesão ulcerosa no nicho ulceroso da 1.ª porção que se apresentava bem definida. De posse dessa documentação iniciamos o tratamento com injeções de Histidinas exclusivas. Não prescrevemos alcalinos e a alimentação ficou liberal. Depois da 5.ª injeção todos os sintomas desapareceram, a paciente aumentou de peso e a alimentação tornou-se regular. A curva de Katsch mostrou boa alimentação e o estado geral melhorou muito. Não mais apresentou crises de obstipação intestinal. Após 18 ampolas e depois de um intervalo de 15 dias nova série foi iniciada.

O exame radiológico do estomago e duodeno mostrou a presença de uma lesão ulcerosa no nicho ulceroso da 1.ª porção que se apresentava bem definida. De posse dessa documentação iniciamos o tratamento com injeções de Histidinas exclusivas. Não prescrevemos alcalinos e a alimentação ficou liberal. Depois da 5.ª injeção todos os sintomas desapareceram, a paciente aumentou de peso e a alimentação tornou-se regular. A curva de Katsch mostrou boa alimentação e o estado geral melhorou muito. Não mais apresentou crises de obstipação intestinal. Após 18 ampolas e depois de um intervalo de 15 dias nova série foi iniciada.

Estabeleceu-se o tratamento pelos alcalinos, repouso e injeções de Histidinas. — 18 dias.

Alguns dias depois já o paciente accusava melhora.

No dia 18-10 nova radiografia, portanto após o inicio do tratamento, revelou: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado apresentando um grande diverticulo pre-ulceroso. Não mais o nicho de ulcera verificado no primeiro exame".

J. PELOSI
QUIMICO-PHARMACEUTICO

LABORATORIO E ESCRITORIO:
AVENIDA BRIGADEIRO LUIZ ANTONIO, 76
S. PAULO

Quando um acidente cria por sua ação direta sobre o organismo do empregado, quer uma mutilação, quer uma perturbação que nossos meios de investigação tornam evidentes — não podemos duvidar da relação de causa e efeito.

Todavia, se algum tempo após um infortúnio do trabalho — em que se não registaram assim lesões abertas como perturbações funcionais sérias — surge uma afecção médica, infecciosa ou não, o nexo causal perde sua evidência, e a perícia médica, em tais condições, oferece dificuldades reais. O médico, pois, deve estar habilitado para indicar com exatidão a influência que pode exercer um traumatismo sobre a eclosão, às vezes tardia, duma doença; sobre a evolução duma afecção preexistente ou latente; ou, inversamente, a ação do estado de saúde anterior sobre as sequências imediatas e remotas dum traumatismo.

Thoinot aprecia da maneira seguinte a influência etiológica dos traumatismos:

I. O traumatismo cria lesões locais elementares cuja evolução determina afecções locais ou pode tornar-se o ponto de partida duma afecção geral;

II. O traumatismo determina uma modificação geral do organismo que foi atingido, modificação que se traduz pelo desenvolvimento duma afecção geral.

Necessário é que o médico legista baseie seu diagnóstico de simulação em elementos objetivos de valor.

Não é a simples suspeita, nem a grande prática do perito em matéria de acidentes do trabalho, o que autoriza a diagnosticar uma simulação.

“Quando estiverdes em presença dum caso difícil, embaraçoso, eu vos convido com empenho a não pensar desde logo na simulação; se é verdade que não vos deveis esquecer nunca da possibilidade da fraude, nesses casos, não menos verdade é que só vos haveis de deter nessa idéia quando forem verificados sintomas realmente suspeitos”. Tal o conselho de Boisseau.

Somente, pois, após uma certeza absoluta é que deve ser feito um juízo a respeito.

No exame dos indivíduos atingidos de doenças internas *provocadas* ou *simuladas*, são merecedoras de reparo as seguintes mônitas de Heller:

I. Verificar se há falta de concordância entre os sintomas mórbidos acusados pelo indivíduo e os sintomas comuns da doença simulada;

II. Verificar se se processa uma evolução irregular do quadro clínico, quando a ação do agente provocador se esbate e que, a este, um novo apelo por parte do simulador se faz mister;

III. Fazer um exame completo do corpo do indivíduo, em momentos inesperados para este;

IV. Pesquisar se houve ou não absorção de substâncias prejudiciais, ou, pelo contrario, se houve ou não a ingestão de substâncias indispensaveis ao perfeito metabolismo: se o emagrecimento, por exemplo, não é obra duma alimentação voluntariamente insuficiente.

— Há inverossimilhança em a narrativa das causas ou nas circunstâncias do acidente?

— Apresenta a sintomatologia particularidades inexplicaveis?

— A duração, a marcha da afecção — são anormais?

Nessas hipóteses, é preciso pensar na simulação — diz Remy.

A maneira mais segura para desmascarar uma simulação é o exame minucioso, repetido — utilizando-nos de todos os recursos da técnica moderna para o exame quer clinico quer de laboratório.

E' bem de ver, como ensina Léon Gallez, que, se a-pesar-do emprego de todos os métodos de investigação, não chegamos a objetivar a minima alteração de saude, torna-se evidente que os sintomas subjetivos de que se queixa o empregado — são mais do que suspeitos. De mais a mais, eis dous pontos de reparo preciosos que o perito deverá pesquisar com cuidado e cuja verificação permitirá diagnosticar uma simulação:

1.º) Falta de concordância entre a maneira de ser, a conduta, o comportamento geral do individuo e a doença alegada;

2.º) Contradição no quadro clinico que ele simula: associação de sintomas que, se realmente coexistissem, colocaria o caso em desacordo com todas as leis da Patologia.

A atenção do médico legista não se deve fixar tão somente no *estado de saude atual* do ferido ou do doente ou do pseudo-acidentado. Deverá estar tambem voltada para o *estado de saude anterior*, para os *antecedentes pessoais* ou *hereditários* e, ainda, para a *constituição individual* do examinando.

Muita vez — são esses elementos que explicam determinados estados patológicos e determinadas complicações, os quais o interessado, sem embaraço, imputa unicamente ao traumatismo.

De feito, todos os cuidados acima são indispensaveis, porisso que, como ensina Chavigny e repetem todos os autores, "a simulação não se adivinha: ela se diagnostica e o seu diagnóstico, frequentemente, se encontra exposto a erros inevitaveis".

II

TRAUMATISMOS E PERTURBAÇÕES ANTERIORES DA SAUDE

Verneuil demonstrou, dum modo preciso, a série de modificações que os estados diatésicos ou constitucionais podem exercitar sobre os traumatismos.

Terrier, por seu lado, mostrou que os ferimentos podem sofrer a influência dos seguintes estados patológicos:

I. Afecções diatésicas: artrismo, tuberculose, escrofulose, herpetismo, diátese neoplásica;

II. Intoxicações: sífilis, alcoolismo, paludismo, saturnismo, hidrargirismo, etc.;

III. Doenças crônicas ou agudas.

Traumatismos e doenças constitucionais podem, por sem dúvida, exercer influências recíprocas. Eis as modalidades que se podem apresentar:

I. O traumatismo e a doença constitucional evoluem paralelamente sem que um influencie o outro (Léon Gallez);

II. A doença constitucional complica a evolução do traumatismo (Léon Gallez);

III. O traumatismo estimula, aviva, acelera, ou agrava a doença constitucional (Forgue).

Mui delicada é a ação do perito na importante questão da preexistência mórbida que vem agravar a lesão adquirida no exercício do trabalho.

Convém aqui atendida a lição do Mestre:

"Muitas das dúvidas que a questão do estado anterior suscita na prática, poderiam ser em boa parte desviadas, exigindo-se, nas indústrias, exame prévio do candidato por meio do qual se estabelecesse, com o maior rigor possível, a capacidade de trabalho e o estado de saúde individual. Já se caminha para isso. Até lá, em cada caso concreto, os peritos, de acordo com os aplicadores da Lei, devem encarregar-se de minorar as dificuldades práticas, considerando que não há identidade absoluta de organismo humano, mas que cada indivíduo apresenta as suas taras, as suas miopragias especiais e particulares, como bem sabem, aliás, as companhias de seguros na taxaço dos seus clientes" (Professor Flaminio Fávero).

Nos casos de ficar bem demonstrada uma preexistência mórbida — ficará o empregado privado da indenização? Não. A nova Lei Brasileira faculta, ao contrário da anterior, uma interpretação liberal. E nem poderia deixar de ser assim, preleciona o Professor Flaminio Fávero, dado o caráter transaccional da Lei de infortúnios. De fato, se a culpa do operário não o priva da indenização, porque há de fazê-lo o estado anterior inteiramente estranho a sua vontade? pergunta o atual expoente máximo da Medicina Legal brasileira.

III

O PERITO EM FACE DA SIMULAÇÃO DE PERTURBAÇÕES
NEURO-PSÍQUICAS

José Ingenieros, em seu célebre livro "Simulação da loucura" que, consoante o Professor Henrique Roxo, é a obra mais perfeita a respeito do assunto, admite cinco grandes grupos de simuladores da alienação mental:

- I. Simuladores de estados maníacos;
- II. Simuladores de estados depressivos;
- III. Simuladores de estados delirantes ou paranoicos;
- IV. Simuladores de episódios psicopáticos em fundo neuropático;
- V. Simuladores de estados confuso-demenciais.

I. Os simuladores de estados maníacos fazem-no desde os simples estados de excitação maníaca até os de mania com grande agitação. Fazem muito barulho, saltam e gritam, como se os demônios os tangessem, mas, quando acreditam que não estejam a ser observados, buscam repousar e adormecer calmamente...

II. Os simuladores de estados depressivos fingem-se atacados de profunda melancolia: silenciosos, quasi imóveis, parcos no comer — pensam que com essas atitudes conseguirão iludir o perito...

III. Os simuladores de estados delirantes ou paranoicos procuram imitar o delírio episódico dos degenerados e a paranóia. Ora fingem-se tomados de idéias de perseguição, ora alegam a existência de alucinações na verdade inventadas.

IV. Os simuladores de episódios psicopáticos em fundo neuropático simulam idéias delirantes, maxime as de perseguição e de grandeza.

V. Os simuladores de estados confuso-demenciais procuram fingir que se acham desmemoriados, confusos, obnubilados, etc.

Quando o perito suspeita encontrar-se perante um caso de perturbação mental simulada, o exame deve constar, segundo Chavigny, do seguinte:

I. Interrogatório e investigações sobre os antecedentes hereditários e pessoais;

II. Exame direto, o qual deverá ser subdividido em:

- A) Exame psíquico;
- B) Exame físico.

O exame psíquico abrangerá como partes principais:

- a) A análise da fisionomia;
- b) A análise dos atos;
- c) O interrogatório;
- d) A análise da palavra escrita.

O exame físico comportará um estudo:

- a) Do estado geral do examinando (temperatura, pulso, etc.);
- b) Dos órgãos em particular;
- c) Do estado da nutrição;
- d) Dos estigmas de degeneração.

Quando nos defrontarmos com portadores de perturbações neuro-psíquicas consequentes a traumatismos cranianos, devemos pensar na modelar lição do Professor Pacheco e Silva:

"Loudet é de opinião que importa principalmente se estabelecer a relação do síndrome psíquico com o traumatismo e ter em conta, sobretudo, o tempo do aparecimento e o ritmo evolutivo do dito síndrome. O fator cronológico é um elemento fundamental na apreciação dos fatos e pode-se apresentar algumas vezes de forma imprecisa e obscura.

Assim, dever-se-á, segundo aquele autor:

- 1.º) Comprovar-se a relação de causalidade (traumatismo-síndrome psíquico);
- 2.º) Avaliar a incapacidade e estabelecer a indenização ou as medidas legais correspondentes.

"Duas dificuldades podem então se deparar ao perito:

- 1.º) O exame tardio do traumatizado;
- 2.º) A ausência de dados técnicos sobre as condições materiais do acidente e sobre a sintomatologia imediata e mediata apresentada pelo traumatizado.

"Na apreciação do fator cronológico, que é de grande importância, compete ao perito averiguar:

- 1.º) Se a psicose ou as desordens mentais se seguiram imediatamente ao traumatismo;
- 2.º) Se a psicose surgiu mediatamente;
- 3.º) Se os transtornos mentais são distanciados ou muito tardios.

"Muitas vezes, o perito mais experimentado poderá deparar com sérios obstáculos para formular juízo seguro, em virtude do grande número de concausas em jogo e da influência preponderante da personalidade pré-psicótica".

Não nos devemos esquecer que muito raro não é existir uma acentuada desproporção ou discordância entre as perturbações nervosas acusadas pelo paciente e a natureza do traumatismo;

em tais casos convem analisados os antecedentes pessoais, a constituição individual, a emotividade, etc., porisso que poderão fazer vislumbrar, senão ver claramente, a verdadeira etiologia da doença e, portanto, solucionar as três incognitas: — Foi o traumatismo a causa exclusiva do mal? — O traumatismo apenas patenteou uma predisposição já existente? — Criou o traumatismo uma predisposição que, em face dum dado fator, fez eclodir determinados distúrbios mentais?

Haveria ainda que tratar de muitas lesões corporais, perturbações funcionais e doenças que são comumente simuladas para fins especulativos. Naturalmente a matéria não poderia ser aqui esgotada. Já muitos aspectos deste problema foram estudados em trabalhos anteriores nossos ("A SIMULAÇÃO EM INFORTUNISTICA", trabalho relatado na Segunda Semana Paulista de Medicina Legal, e "A SIMULAÇÃO EM INFORTUNISTICA E O NOVO CÓDIGO PENAL", conferência pronunciada, em 14 de janeiro deste ano, na Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo). Pretendemos estudar outros aspectos de tão interessante assunto, a pouco e pouco, em trabalhos ulteriores.

Do exposto, porem, já se depreende quão delicada é, muitas vezes, a missão e a atuação do perito para chegar ao estabelecimento do nexu causal entre dada lesão corporal, perturbação funcional ou doença e dado traumatismo.

IV

A SIMULAÇÃO EM INFORTUNISTICA EM FACE DO NOVO CÓDIGO PENAL

Para terminar, vamos resumir esquematicamente num quadro as diferentes modalidades de simulação e a sua correspondência, consoante nosso ponto de vista, com os incisos da nova Lei Penal que versam sobre a matéria. Antes, porem, ressaltemos que, para a existência duma perfeita correspondência entre o texto penal que entrará em vigor a 1.º de janeiro de 1942 e as diferentes modalidades de simulação analisadas no começo desta exposição, necessários se fazem os seguintes reparos:

1.º) Entendemos por SIMULAÇÃO VERDADEIRA — unicamente aquela em que há INVENÇÃO OU IMITAÇÃO duma lesão corporal, perturbação funcional ou doença. De conseguinte, sob essa denominação, absolutamente, não incluímos, como o fez Léon Gallez na primeira modalidade da sua classificação ("Simulação propriamente dita"), os casos em que o empregado atribue a um traumatismo uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença preexistente, pois que, aqui, o que há, é propriamente uma IMPUTAÇÃO INEXATA. Como já frisámos ao iniciar este

trabalho, na SIMULAÇÃO VERDADEIRA há a SIMULAÇÃO DA CAUSA e a SIMULAÇÃO DOS PRETENDIDOS EFEITOS do pseudo-acidente, isto é, há a INVENÇÃO DA CAUSA e a INVENÇÃO DOS PRETENDIDOS EFEITOS do pseudo infortúnio do trabalho.

Julgamos oportuno transcrever neste passo o que salientámos em o nosso trabalho "A Simulação em Infortunistica":

"Devemos assinalar que a palavra *simulação* muita vez é empregada impropriamente. Assim, não é raro encontrar esta afirmação: "*simular* um ferimento é provocar o aparecimento dum quadro clínico que sugere a idéia duma lesão accidental".

"Tal não é verdade.

"Não se trata propriamente neste caso dum ferimento simulado, mas, sim, dum ferimento provocado voluntariamente. A fraude se assesta menos no ferimento do que na sua causa.

"Na *simulação*, consoante o acertado aviso de Ingenieros, as aparências exteriores duma cousa ou ação fazem confundir a com outra, sem que efetivamente a equivalha.

"Quando se executa algo à semelhança doutra — que, destarte, serve de modelo — imita-se.

"Quando se não executa algo à semelhança doutra, porem, se finge fazê-lo, — *simula-se*.

"Convem meditada a lição de Léon Imbert:

"A verdadeira simulação seria a *invenção* duma doença propriamente dita: se, por exemplo, se faz acreditar na existência duma febre que realmente não existe, ou, ainda, numa falsa incontinência de urina, etc."

2.º) Dizemos que há DISSIMULAÇÃO em infortunistica quando dolosamente o empregado tenta ocultar ou efetivamente oculta uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença.

Quando a intenção fraudulenta se torna patente ao médico — antes que o embaidor tenha sido admitido a serviço — podemos falar propriamente em DISSIMULAÇÃO.

Quando, porem, já tenha o empregado atingido a primeira parte do seu objetivo (vale dizer — ver aprovado o contrato de locação de trabalho) e, após um lapso de tempo que julgar conveniente, procurar por em prática a segunda parte do seu plano (vale dizer — atribuir uma origem traumática ao mal de que já sofria antes de ingressar no trabalho), não mais podemos falar com propriedade que há DISSIMULAÇÃO. Esta só teve a sua ocasião no momento em que o empregado tentou encobrir ou realmente encobriu a sua lesão corporal, perturbação funcional ou doença. Neste segundo momento da ação fraudulenta — não se trata mais de encobrir uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença. Trata-se de atribuir a um traumatismo real ou fictício, uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença já preexistente. Nesta última eventualidade, o empregado não

dissimula, mas, sim, lança mão duma IMPUTAÇÃO INEXATA, servindo-se, naturalmente, daquele fingimento anterior. Aqui há uma IMPUTAÇÃO FALSA (IMPUTAÇÃO INEXATA DOLOSA). A hipótese é regida, no novo estatuto penal, pelo corpo do art. 171.

A dissimulação, nos casos em apreço, quando diagnosticada, trará, é óbvio, para seu autor, o justo castigo: a não celebração do contrato de trabalho; para a companhia ou firma que procura a mão de obra trará um benefício: presservá-la-á dum futuro onus injusto, graças ao médico que procedeu ao exame clínico.

Por outro lado, aquele que, de acordo com o novo Código Penal (Art. 171, § 2.º, n. V), "lesa o próprio corpo ou a saúde com o intuito de haver indenização ou valor de seguro", doutra coisa também não se serve senão — duma IMPUTAÇÃO FALSA, visto que atribue como resultante dum infortúnio do trabalho, uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença que, absolutamente, não foi "produzida pelo exercício do trabalho ou em consequência dele", em verdade, foi provocada voluntariamente (autolesão).

Para estas últimas hipóteses mui própria é a denominação de Boisseau — "ENFERMIDADES PROVOCADAS PROPRIAMENTE DITAS". São regidas, no novo Código Penal, como já se viu, pelo n. V do § 2.º do art. 171.

A PERICIA MÉDICA NOS CASOS DE SIMULAÇÃO EM INFORTUNISTICA

Interpretação e esquema original de A. M. LEÃO BRUNO

NOVO CÓDIGO PENAL

Art. 171. — Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio induzindo ou mantendo alguém em erro mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento:

.....

§ 2.º — Nas mesmas penas incorre quem:

.....

V. destrói, total ou parcialmente, ou oculta coisa própria, ou lesa o próprio corpo ou a saúde, ou agrava as consequências da lesão ou doença, com o intuito de haver indenização ou valor de seguro;

44)

MODALIDADE DE SIMULAÇÃO

SIMULAÇÃO VERDADEIRA
EXAGERAÇÃO CONCIENTE
IMPUTAÇÃO FALSA (oriunda
duma DISSIMULAÇÃO).

IMPUTAÇÃO FALSA (oriunda
duma AUTOLESAO).
AGRAVAÇÃO VOLUNTARIA.

CONCLUSÕES

I

1.^a

No que concerne às modalidades de simulação — é de suma importância a uniformização das diferentes classificações existentes.

2.^a

Sendo inúmeras as classificações que existem acerca das modalidades de simulação — fora de desejar, para que sejam evitadas errôneas interpretações, que se estabelecesse um critério seguro para presidir a tal uniformização, e, ainda, que se firmasse simulação, preenche assim os requisitos científicos como os da Lei Penal Brasileira.

3.^a

A classificação exposta no presente trabalho, com o conceito que o Autor empresta a cada uma das modalidades de simulação, preenche assim os requisitos científicos como os da lei penal brasileira.

4.^a

Do exposto deflue que fora de desejar a adoção de tal classificação.

II

5.^a

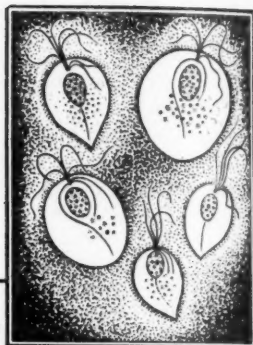
O estudo da simulação em infortunistica revela quão espinhosa é, muitas vezes, a missão e a atuação do perito para chegar ao estabelecimento do nexa causal entre dada lesão corporal, perturbação funcional ou doença e dado traumatismo.

6.^a

Ressalta do exposto que é de se desejar, em infortunistica, que a perícia médica seja efetuada unicamente por médicos legistas, idéia pela qual de há muito se vem batendo a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo e que encontrou guarida na 2.^a Semana Paulista de Medicina Legal.

Endereço: Rua Loureiro da Cruz, 241
São Paulo — Brasil

*Moderna
Orientação*



**NO COMBATE AO
"TRICOMONAS VAGINALIS"
PRINCIPAL CAUSADOR DA LEUCORRÉIA**

Para o tratamento das flores brancas provocadas por tricomonas deve-se visar não só o exterminio dos parasitas, como também o restabelecimento da flora vaginal normal. Tal duplo efeito consegue-se com o uso do Devegán. Observa-se, frequentemente, melhora evidente após a aplicação feita durante 3 a 4 dias, com o desaparecimento do corrimento fétido, cessando, igualmente, a intensa irritação local e o insuportável prurido.

O problema dos corrimentos vaginais, desta natureza, está, pois, definitivamente resolvido pelo tratamento com o



Devegán

O refluxo uretro-vesiculo-deferencial na uretrografia *

Drs. Carlos de Moraes Barros

e

Angusto A. da Motta Pacheco

2.º e 3.º assistentes da cadeira de Urologia da Faculdade de Medicina

A literatura medica estabelece como raro o refluxo uretro-vesiculo-deferencial na uretrografia. Deve-se assinalar, entretanto, que a propria uretrografia sómente nestes ultimos 9 a 10 anos entrou, de fato, na pratica diaria corrente entre urologistas e vem sendo mais difundida no estudo da uretra posterior. Ainda, mais, é preciso reconhecer que nem todos os radiologistas obedecem aos cuidados e detalhes tcnicos recentemente preconizados para obterem uretrografias capases de fornecerem os esclarecimentos desejados. A tecnica é simples mas as minucias, que são importantissimas, demandam conhecimento.

Embora remonte a historia da uretrografia a 1896 quando TUFFIER introduzia velas opacas para radiografar a uretra e diagnosticar estreitamento, os progressos, por multiplas razões e entre outras por parecerem suficientes os meios de exploração, entre eles os endoscopicos, foram lentos, apesar de numerosos trabalhos, estudos e observações de urologistas de todos os paises convergirem no objetivo de melhorar a visualização da uretra e seus anexos, no filme radiografico.

A principio a uretrografia se applicava tão somente para diagnostico de estreitamento, depois, de fistulas, abcessos, diverticulos vesicais e impregnação das paredes da bexiga, com metodos combinados, afim de estudar o assoalho vesical e prostata. Radiografou-se a seguir lojas de prostatectomia, calculos etc. mas cabe a HEITZ BOYER e a CHEVASSU o estudo propriamente do uretrograma e sua interpretação e a eles se deve a metodosação moderna cuja observancia permite subtilezas de diagnostico.

* Trabalho da Clinica Urologica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. — Serviço do Professor Luciano Qualberto.

O meio de contraste foi progressivamente modificado até que hoje se emprega, com mais frequência, o iodeto de sodio a 12 % não só pelas suas vantagens economicas mas e principalmente porque dá bom contraste, é bem tolerado e não produz accidentes. Alem do iodeto de sodio e por ser, tambem, solução aquosa e apresentar as mesmas vantagens, pode-se empregar o uroseletan retrogrado que contrasta perfeitamente. Preferimos as soluções aquosas ás oleosas porque não deformam as imagens da uretra ao nivel do colo pela imiscibilidade do oleo com a urina dando imagens falsas e de difficil interpretação, o que já acentuaram STREJA, HORTOLOMEI e J. KATZ GALATZ e IAKOWLEW. A uretrografia, para o estudo da uretra posterior, deve ser tirada enquanto se injeta o contraste ou em micção posterior ao enchimento da bexiga.

A massagem da prostata prévia deve ser sistematica. Dessa forma não só ductos glandulares como cavidades porventura existentes pôdem ser esvaziadas de secreções que aí se tenham coletado permitindo melhor penetração da substancia de contraste. Trez chapas, no minimo, devem ser tiradas: uma em posição antero-posterior e duas outras obliquas: uma direita e outra esquerda.

A uretrografia dessa forma praticada é sempre um uretrocistograma, isto é, existe constantemente um certo enchimento vesical e esse enchimento pôde ser de tal ordem que recubra sombras prostáticas e vesiculares e até deferenciais. No objetivo de afastar esse inconveniente as diversas chapas devem ser feitas com enchimento vesical variavel. Neste particular, PERVES e DUVERGEY, em memoria original publicada no *Journal d'Urologie* de Agosto de 1939 sobre refluxo uretro-vesiculo-deferencial, asseveram não terem verificado este refluxo numa serie de uretrografias com bexiga repleta de contraste e tiradas durante a injeção. Noutros clichés, do mesmo paciente, após micção e, a seguir, com bexiga cheia de ar, o refluxo se apresenta bilateralmente. Dessa constatação partem aqueles autores para afirmar, na memoria citada, que no caso do paciente em questão o refluxo é do tipo a que chamam de ativo, isto é, só se apresenta durante a micção. Se superpusermos esses clichés verificaremos que na uretrografia retrograda o contraste vesical recobriu justamente a zona de projeção do refluxo. Este exemplo deve servir para acentuar a necessidade da pratica da uretrografia com enchimento vesical variavel para que tais interpretações e confusões desapareçam.

Além disso é mister considerar que as uretrografias, representarão aspetos diversos em diferentes periodos evolutivos dos processos patologicos. São fatores que merecem ponderação, porquanto, os clichés deste ou daquele periodo de evolução podem ser muito diversos. Claro está que é materia de interpretação.

E nesta questão de interpretação não é só a distinção desta ou daquela fase de desenvolvimento de dada afecção que importa mas e particularmente a interpretação do uretrograma em si. MAC NISCH em artigo publicado na "Urologic and Cutaneous Review" em Fevereiro de 1936 resalta e acentua a importancia da leitura e interpretação das uretrografias, significando que muita cousa se deixa passar sem considerar. Num dado uretrograma deve-se considerar a uretra anterior, a posterior, as glândulas anexas e a base vesical. Na uretra anterior merecem consideração as variações de calibre, de elasticidade e de contornos bem como as disseminações peri-uretraes e o enchimento das glandulas de Cowper. Na uretra posterior importa verificar alem disso o alongamento, as deformações, o enchimento de ductos prostaticos e cavidades da vesicula e deferentes e alterações da base vesical. Ha necessidade absoluta de que o pratico se familiarise com o aspeto do uretrograma normal para poder, de pronto, perceber as menores variações patologicas.

Delongamos estas considerações justamente para darmos uma ideia em conjunto de como e onde é possível errar neste exame especialissado e isto vem muito a proposito quando se trata de estabelecer a raridade do refluxo uretro-vesiculo-deferencial. Com o decorrer do tempo e quando a uretrografia fôr um exame de rotina obrigatorio e a sua leitura minuciosa e precisa esteja ao alcance de todos, o numero de casos de refluxo uretro-vesiculo-deferencial talvez seja verificado com maior frequencia.

No Serviço da Clinica Urologica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a cargo do Professor Luciano Gualberto e em nossa clinica particular já reunimos 386 uretrogramas e observamos a presença do refluxo uretro-vesiculo-deferencial em 2 casos.

Percorrendo a literatura medica o unico quadro que encontramos publicado é o de PERVES e DUVERGEY no artigo já citado. Nesse quadro, de 1939, estão apenas reunidos 20 casos: uns de refluxo unicamente vesicular, outros deferencial e alguns vesiculo-deferencial.

Em 1939, porém, o numero de casos devia ser bem maior porquanto CHEVASSU apresentou na Sociedade Francesa de Urologia, em 1936, um trabalho sobre "uretografia na tuberculose genital masculina" onde refere 2 casos e os que lhe são atribuidos no quadro disem respeito ao refluxo em uretogramas de lojas prostaticas após prostatectomia. Nessa mesma ocasião HEITZ BOYER mencionou 3 casos de refluxo uretro-vesiculo-deferencial: um em formações diverticulares prostaticas multiplas e graves e os 2 outros tambem em lesões não tuberculosas mas faz essa citação para afirmar que foram os unicos casos de refluxo uretro-vesiculo-deferencial por ele observados, nas centenas de uretro-

grafias do seu arquivo, sem lesão tuberculosa por isso que quando se trata de tuberculose "com lesões mais ou menos extensas do verumontanum, constatadas por uretroscopias" a injeção dos canais deferentes é muito frequente e intimamente relacionada com as lesões ulcero-destrutivas da uretra prostática. No quadro a que aludimos só se cita um caso de HEITZ BOYER.

No "Die Erkrankungen de Harnorgane im Röntgenbild" de HANS BOEMINGHAUS e LUDWIG ZEISS, publicado em 1933, está reproduzido um clichê de refluxo uretro-vesiculo-deferencial na tuberculose e que também não consta do quadro de PERVES e DUVERGEY. Talvez as omissões do mesmo quadro atinjam maior proporção porquanto se a frequência é grande nas lesões tuberculosas para HEITZ BOYER, CHEVASSÚ e outros, BOEMINGHAUS e ZEISS admitem e referem frequência do refluxo nos casos de prostatite crônica e MAC NISCH no adenoma da próstata. Não pôde ser tão diminuto o número de casos para que dessa forma se refiram os autores. O assunto está, portanto, em estudo e os diversos autores opinam diferentemente quanto a frequência: uns a consideram maior na tuberculose, outros nos adenomas e ainda outros nas prostatites crônicas. Parece, portanto, que a estatística não pôde determinar maior valor do sinal para esta ou aquela afecção mas é fóra de dúvida que a sua presença revela lesão crônica.

* * *

O refluxo uretro-deferencial é condicionado por lesão ao nível dos canais ejaculadores. Uma infecção de longa duração, na uretra posterior, produz, na mucosa e adjacências, alterações de natureza mais estável, fibrosa e a localização ao nível de orifícios acaba por enrijecê-los, tirando-lhes a elasticidade e impossibilitando-lhes uma perfeita contração. Isto acarreta má obturaçãõ da luz dos canais a que os orifícios dão acesso e possibilita o refluxo.

Lesões de longa duração tanto podem ser constituídas por simples processos de uretrite posterior crônica com propagação anexial como podem ser lesões de natureza específica ou ainda tumorais. Estas lesões da uretra posterior podem ser complicadas pela presença de estreitamento uretral a jusante que tanto poderia ter facilitado a localização como, no caso de infecção, favorecer a cronicidade.

Nos processos de uretrite posterior crônica com prostatite crônica, a lesão que se difunde pela uretra pôde abranger o verumontanum e canais ejaculadores, tornar os seus orifícios rijos e entreabertos permitindo refluxo. Isto, como dissemos, é acentuado por BOEMINGHAUS e ZEISS. LOWSLEY e KIRWIN "Clinical Urology" 1940, dizem: "tanto nas infecções crônicas específicas como não, as vesículas são aumentadas e mais ou menos

endurecidas e neste estadio se confundem com a tuberculose". E, em outro topico, "quando o verumontanum é pequeno, do tipo esclerotico, os ductos pôdem ser facilmente visualizados e os orificios ás veses são largos e abertos naturalmente enrijados pela infiltração das paredes".

Na tuberculose, em que a lesão do verumontanum é mais do tipo destrutivo-ulcerativo, verdadeiras crateras resultando do processo, o refluxo naturalmente encontra maior razão de ser. HERTZ BOYER assinala isto com insistencia e na Sociedade Francesa de Urologia, onde CHEVASSÚ apresentou a sua serie de uretrogramas de tuberculose genital no homem, o assunto foi largamente debatido e comentado no sentido de que o sinal poderia ter valor no diagnostico da tuberculose. De fato, pelos casos publicados o sinal foi encontrado com alguma frequencia maior na bacilose e é rasoavel que se tendesse para essa conclusão. Comtudo, considerando o que já refere MAC NISCH sobre a frequencia no adcnoma, BOEMINGHAUS e ZEISS, nas prostatites cronicas, a propria estatistica de PERVES e DUVERGEY na qual em 20 casos, 9 são de refluxo uretro-vesiculo-deferencial em bacilose, 5 em prostatites cronicas e 6 após prostatectomia, considerando, ainda, as falhas possiveis dos uretrogramas, a necessidade de sua vulgarisação e bôa e exata interpretação, como frisamos no inicio deste artigo e considerando mais, que em 386 uretrogramas só observamos este refluxo em 2 casos de adenomas infectados, julgamos que o sinal não deve ser elevado a categoria de indicativo de tuberculose genital.

Estudando o refluxo uretro-vesiculo-deferencial uma referencia deve ser feita ás orquiepididimites. Embora esteja estabelecida a via pela qual as mesmas se processam (hematogenica e linfatica) não se pode deixar de encarar a possibilidade de estar implicada a via canalicular. Só a julgamos viavel, escludos os casos de lesão destrutiva (tuberculose etc.) quando haja estreitamento uretral a jusante, capaz de submeter a urina, na micção, aos efeitos da pressão retrograda. Os casos nos quais existe pressão retrograda por estreitamento uretral e o refluxo uretro-vesiculo-deferencial se apresenta, são designados por PERVES e DUVERGEY como de refluxos do tipo ativo. Os outros são ditos passivos. Os autores reproduzem na sua memoria original uretrogramas com os quaes pretendem estabelecer essa diferenciação. Em nosso modo de entender só poderia ser chamado ativo o refluxo uretro-vesiculo-deferencial que existisse ausente qualquer obstaculo abaixo. PERVES e DUVERGEY, entretanto, estabelecem que para a existencia do seu chamado refluxo uretro-vesiculo-deferencial ativo, "dois fatores são obrigatorios: as contrações da bexiga que empurram o liquido na uretra posterior e um ligeiro obstaculo abaixo do verumontanum, estreitamento ou espasmo do esfincter membranoso". Para nós, a existencia de espasmo do

esfincter membranoso ou estreitamento faz com que o refluxo venha a cair na categoria dos que os autores nomeiam passivos, isto é, obtidos por injeção retrograda por que é retrograda a pressão que leva a urina a retroceder ao deparar obstáculo quer de espasmo ou estreitamento. Na verdade o que se deve constatar é a presença do refluxo e as condições locais que o facilitam dependem da natureza da lesão e da maior permeabilidade uretral. Não ha diferença a faser entre refluxo ativo ou passivo.

Neste nosso trabalho só nos referimos ao sinal em uretrografia e não nos reportamos a estudos propriamente clinicos porquanto não encontramos, até o momento, fundamentos para a individualisação de sintomas ou sinais clinicos capazes de levarem a suspeitar, com razão, da existencia do refluxo, muito embora PERVES e DUVERGEY se demorem, na sua memoria original, citando fatos clinicos da literatura. Se houver um canal deferente aberto a flôr da pele por processo cirurgico (vasotomia) ou patologico e desse canal se obtiver urina a evidencia se sobrepeõe a qualquer sinal: é um fato que só o refluxo explica.

Os resumos das observações dos dois casos nos quaes encontramos a presença de refluxo uretro-vesiculo-deferencial são os seguintes:

1.ª) A. P., 52 anos, branco, italiano, casado, sapateiro.

Queixa: — Micção frequente e difícil ha 10 anos.

Historico: — Blenorrágia aos 37 anos, estreitamento ha 12 anos que tem dilatado com beniqué.

Sintomatologia: — Polaquiria diurna e noturna. Jacto fino, fraco e interrompido.

Exames: — Individuo de constituição brevilínea-hiperestênica, hernia inguinal direita, nada de notavel nos diversos aparelhos.

Aparelho urinario: — Estreitamento da uretra bulbar. Prostata aumentada de volume, pouco dolorosa, sem sulco mediano. Urinas turvas em ambos côpos.

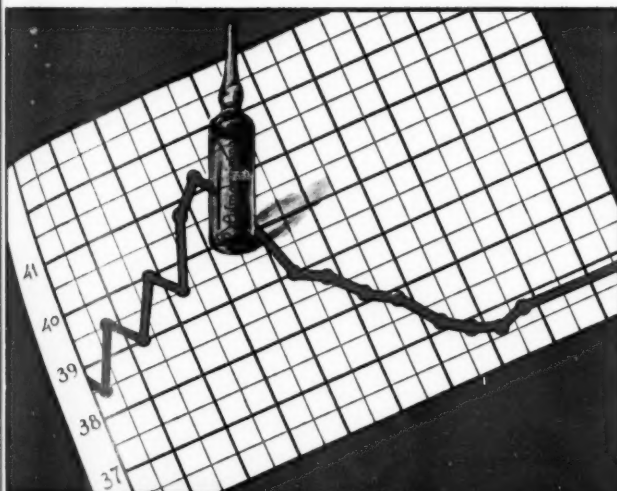
Uretrografia: — Uretra anterior de calibre diminuido, de contornos irregulares e rígida. Trez centímetros antes do bulbo a diminuição de calibre é acentuada havendo uma verdadeira distorção. Uretra posterior medindo $4\frac{1}{2}$ centímetros de extensão, de curva desviada para a direita, apresentando imagem negativa do verumontanum e presença de contraste ao nível da fosseta prostática (irretratibilidade). Base vesical concava para baixo com projeção posterior do fundo da bexiga. Bexiga de contornos regulares apresentando na sua porção supero-lateral direita uma cavidade do tamanho de um bago de uva de ampla comunicação com a mesma. Enchimento do ejaculador direito, da vesícula seminal e do canal deferente na extensão de 3 centímetros.

Diagnostico: — Estreitamento da uretra anterior, adenoma da prostata, com infecção urinaria, divertículo vesical e refluxo uretro-vesiculo-deferencial.



NO TRATAMENTO DAS DIARRHEIAS,
DERMATOSES DE ORIGEM
INTESTINAL TÍFHO, PARA-TÍFHO,
ENTERO-COLITES E EM TODAS AS
INFECÇÕES INTESTINAES

3 A 4 TUBOS AO DIA
EM AGUA ASSUCA-
RADA, OU CONFORME
PRESCRIÇÃO MEDICA



Pneumonias
em todas
as suas
formas
Bronquites.
Gripes.

ADULTO:

| | |
|---------------------|-------|
| Quinina Basica . . | 0,10 |
| Gomenol | 0,15 |
| Camphora | 0,15 |
| Cin. de Benzila . . | 0,03 |
| Colesterina | 0,05 |
| Oleos essen. q.s.p. | 3 cc. |

INFANTIL:

| | |
|---------------------|---------|
| Quinina Basica . . | 0,050 |
| Gomenol | 0,075 |
| Camphora | 0,075 |
| Cin. de Benzila . . | 0,015 |
| Colesterina | 0,025 |
| Oleos essen. q.s.p. | 1,5 cc. |

PULMOCRISINA



Laboratorio Plasmorgan - São Paulo

PULMOCRISINA

(Líquida)

Lacto phosphato de Calcio, phosphato
de Gayacol, Codeína, Xarope de seiva
de pinheiro marítimo.



Gripes, Tosses, Resfriados.
Poderoso desinfectante pulmonar.



Frasco de 100 c. c.



Adulto: Uma colher das de chá num pouco
d'água assucarada 3 a 4 vezes ao dia.

Crianças: Das de café.

Borges - 24155

LABORATORIO PLASMORGAN, LTDA.

RUA DR. PINTO FERAZ, 710 — Tel. 7-5514 — Cx. Postal, 1229

— SÃO PAULO —

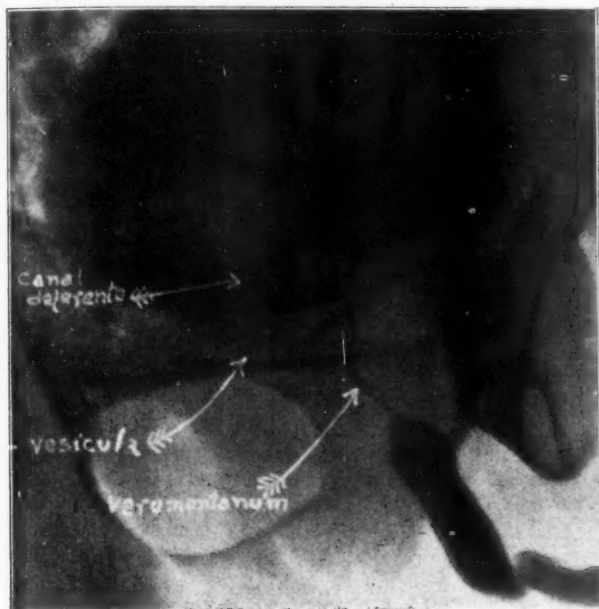


Fig. 1

2.^a) C. F., 65 anos, branco, alemão, casado, viajante.

Queixa: — Dificuldade a micção.

Historico: — Ha 18 meses polaquiuria diurna e noturna, urinas turvas, jacto fino e fraco (nos pés). Cistostomia ha um ano, que ainda permanece.

Exames: — Brevilineo, hiperestenico. Nada de notavel a referir nos aparelhos.

Apresenta sonda de demora supra-pubica.

Na cabeça do epididimo direito existe nódulo duro, indolor. Epididimo esquerdo doloroso. Prostata muito aumentada de volume, limites nítidos, sulco mediano desaparecido. Achatada e indolor.

Cisto-uretoscopia: — Presença de trabeculas grossas e celulas de tamanho variavel em toda parede vesical cuja mucosa se apresenta hiperemiada. Meatos ureteraes a 5 e 7 horas em musculo inter-ureteral muito saliente. Calculo vesical do tamanho de amendôa. Pavilhão da sonda de Pezzer na bexiga. Colo muito deformado, irregular, com sinal de Marion bilateral. Vanitado, bem fechado e invertido a 12 horas. Fosseta prostatica muito alongada, desviada para esquerda, hiperemiada e deformada (tunel) pelos lobos lateraes que atingem o verumontanum, pequeno e congesto.

Exame de urina: — Píocitos, hemáceas, estreptococcus e bacilo gram-negativo.

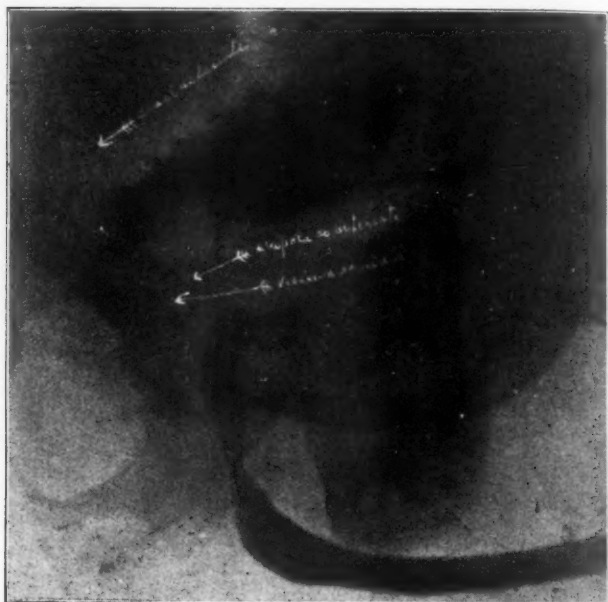


Fig. 2

Urografia: — Ptose renal a direita e constipação renal bilateral.

Uretrografia: — Uretra anterior de calibre e contornos normais. Uretra posterior medindo sete centímetros de extensão, ligeiramente desviada para esquerda, dispondo-se o contraste em sua metade inferior como um cone de base para cima t medindo na porção mais larga — 1 centímetro. Comunica-se por um pertuito estreito com cavidade de limites difusos e de forma triangular situada no lobo direito da prostata. Do lado esquerdo se apresenta formação identica. Existe, ainda, difusão irregular, na zona de projeção da prostata, não individualisada. Na parte media da uretra posterior aparece a empola do canal deferente, a vesicula seminal e canal deferente até porção inguinal.

Na metade superior da uretra posterior o contraste se apresenta sob forma de dois filetes mais ou menos justapostos. Base vesical ondulada. Bexiga incompletamente cheia e presença de sonda penetrante do zimbório na parede abdominal.

Em conclusão, a presença do refluxo uretro-vesiculo-deferencial é sinal, e de valor, de lesão cronica da uretra posterior.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1

Xarope
»Merck«
de Ephetonina



**Nas tosses,
 bronquites,
 coqueluche,
 gripe e
 pneumonia gripal.**

E. MERCK - DARMSTADT Frascos originais

Cia. Chimica »Merck« Brasil S. A. — Caixa Postal 1651 — Rio de Janeiro

ANESTHESIA

GERAL

LOCAL

Balsoforme

Kelene gorgul

Ether anesthesico

Rhodia

Chloroformio Specia

Scurocaine

Kelene local

Stovaine
Billon

PUREZA E EFICACIA

Specia

POULENC FRERES
USINES DU RHONE

CORRESPONDENCIA: Rhodia CAIXA POSTAL. 2916 - SÃO PAULO.

Soc

Dos
aplica
BERTO
uma
do ap
ção e

Seg
cinaç
mani
na c
- Pr
Em
se a
demio
mona
do co
para
nados
ciente
e oito
lestita
15 po
manic
cada
mente
Leish
Lepto

(
Bolett

DRA

P
ENX
PERTURBA
Per ASSEMB

em células do S. R. E. de aves infetadas com diferentes espécies de *Plasmodium*, são realmente uma fase exo-eritrocítica destes parasitas e não de outros protozoários em infecção simultânea. A inoculação de esporozitos se segue uma fase esquizogônica intermediária, apigmentada, exo-eritrocítica obrigatória (ciclo monogônico primário de Raffaele), que se passa a princípio fora da célula e depois dentro do citoplasma dos diferentes elementos do S. R. E. Embora haja grandes evidências de que as formas eritrocíticas dos diferentes plasmodios não sejam reversíveis às formas exo-eritrocíticas, tal fato ainda não está provado. O *Plasmodium falci-parum* apresenta também formas pertencentes ao ciclo exo-eritrocítico, as quais já foram descritas pelos autores na medula óssea, no cérebro e, no presente trabalho, no cerebelo do homem. Tais formas do *P. viva* só foram descritas na medula óssea. Em-

bora tenham sido poucos os casos humanos até agora estudados, parece que estas duas espécies de *Plasmodium* sejam mais próximas do *P. relictum* (praecox), um parasita habitual do pardal, que apresenta raras formas esquizogônicas apigmentadas, salvo no início da infecção, onde elas são mais numerosas e representam a forma de passagem entre esporozitos e as formas endo-eritrocíticas. Todavia, dada a pequena quantidade de S. R. E. que apresentam estes pássaros, parece que os Plasmodios humanos ainda têm maior tendência histiotrópica. Todavia, é preciso lembrar que a incidência destas formas apigmentadas, mesmo em espécies de *Plasmodium* com acentuada tendência histiotrópica, não é constante, dependendo das raças do parasita e do comportamento do hospedeiro. Daí ter de entrar em cogitações a hipótese e tais encontros em malária humana estarem sujeitos a estes fatores.

SESSÃO DE 2 DE JUNHO

Presidente: PROF. F. DE MOURA CAMPOS

Um novo método de osteossíntese dos ossos longos (Nota prévia) — DR. GODOY MOREIRA — É apresentada diáfese dos ossos longos que se caracteriza: 1.º) pela compressão ou uma nova técnica de osteossíntese da interpretação (impacção) dos fragmentos; 2.º) por uma fixação extremamente sólida obtida graças a essa mesma compressão dos fragmentos e ao emprego de duas placas solidarizadas por 2 parafusos de contração. Completam esta fixação 2 pequenos parafusos um em cada extremidade das placas, os quais, além de aumentar a fixação, mantêm a compressão dos fragmentos; 3.º) a solidez da fixação dispensa a imobilização em aparelho gessado, podendo-se mobilizar precocemente as articulações vizinhas e muitas vezes permitir a marcha imediata.

60)

Estudo sobre a circulação colateral em doentes de cirrose hepática (Nota prévia) — DR. A. B. DE ULHÔA CINTRA — O A. pôde observar que o sangue colhido em veias de circulação colateral de tipo porto, em cirróticos, é mais rico em oxigênio do que seria de se esperar de um sangue venoso, aproximando-se mais, em sua composição, do sangue arterial dos próprios pacientes. Relaciona este fato com a sua verificação anterior de que o sangue de tais veias não abriga maior quantidade de produtos digestivos, após carga alimentar, do que das veias dos membros, apesar de ser considerada uma mostra representativa de sangue porta. Sugere, como explicação desses fatos, o funcionamento das anastomoses arterio-venosas existentes ao nível das vilosidades intestinais e conhecidas dos ana-

tomistas desde que Spanner as descreveu em 1932. Acredita, com isso, dever valorizar-se mais em fisiologia e fisiopatologia, o conhecimento de tais anastomoses que está na ordem do dia do interesse dos anatomistas modernos.

Sobre o encontro de ovos viáveis de "Triquiuris" "triquiura" e "Ascaris lumbricoides" em adultos constituídos de resíduos de esgoto — Drs. DÁCIO FRANCO DO AMARAL E RUBENS AZZI LEAL — Os autores examinando adubo resultante de resíduos de esgoto e denominado "lodo digerido seco ou fertilizante orgânico" encontraram ovos de "Ascaris lumbricoides" "Triquiuris" "triquiura" sp. Uma contagem de tais ovos, pelo método de Stoll revelou, uma amostra examinada, 20 ovos, de "Ascaris" de material para cada uma das três espécies de ovos citados. Cultivando em laboratório, os ovos de "Ascaris" e "Tricuris" verificaram que parte dos mesmos evoluem, apresentando, ao cabo de certo período de incubação, larvas com boa atividade. Assinalam que, dado que os ovos de "Ascaris" e "Tricuris" contidos no referido fertilizante, são capazes de embrionamento, quando postos em boas condições, esse adubo pode constituir um fato de disseminação de ascaridíase e triquiuríase, sabido como os ovos de "Ascaris" e Tricuris" são bastante resistentes às agressões do meio externo, inclusive a dissecação.

Distribuição de Triatomídeos e da molestia de Chagas no Estado de S. Paulo — Drs. GASTÃO ROSENFELD e FRANCISCO

CARDOSO — Os autores fizeram uma revisão da bibliografia publicada até a presente data sobre distribuição de Triatomídeos e da Molestia de Chagas no Estado de São Paulo acrescentando numerosos dados inéditos fornecidos por diversos autores. Adaptaram todos os dados á nova nomenclatura e divisão oficial dos municípios e o Estado (que são em numero de 370) afim de facilitar estudos posteriores. Os dados são os seguintes: a) Em 92 municípios foram encontrados triatomas. b) Em 52 municípios foram encontrados triatomas infectados pelo "Tripanosoma cruzi" Chagas 1909. c) Foram encontradas no Estado de S. Paulo, 8 espécies de triatomas, sendo a mais frequente o "Triatoma infestans" (Klug, 1834): d) foram assinalados 11 casos comprovados de Molestia de Chagas, distribuídos em 7 municípios: e) em dois municípios foram assinalados 3 casos de cães domésticos naturalmente infectados com o "Tripanosoma cruzi".

Vitamina D e choque — DR. J. DUTRA DE OLIVEIRA — O A. salienta a influencia decisiva da vitamina "D" na chamada cura de choque. Não subsiste o receio de se empregar doses de 200 a 600.000 unidades internacionais, uma vez que a vitamina cristalizada é desprovida de produtos intermediários tóxicos. Outro aspecto interessante é o de usar na dose unica com profilático dos estados de pré-carencia. Chama ainda a atenção para o abuso da terapeutica pelos sais de calcio, quando desacompanhados da vitamina D.

Pesquisa da alça jejunal em cirurgia gástrica

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

— Preço 5\$000 —

Pedidos ao autor — Caixa Postal, 1574 — S. Paulo

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS
EM 4 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. FRANCISCO ANTONIO CARDOSO

Infeção experimental do *A. (K.) cruzi* pelo *ph. vivax* — DR. FLAVIO FONSECA e RENATO R. CORRÊA — Os AA., considerando a importância do estudo do comportamento dos anofelinos do sub-gênero *Kerteszia*, em relação à potencialidade vetora da malária humana nas zonas montanhosas e florestais de região neotrópica, encetaram alguns trabalhos nesse sentido. Salientam que a suspeita dessa transmissão foi evidenciada há alguns anos, quando Adolfo Lutz, em trabalho denominado "Malaria nas florestas e mosquitos da mata", publicado em 1903, já incriminava o "*A. lutzi*", mais tarde chamado "*A. (K.) cruzi*", como vetor da molestia.

Ressaltam ainda, que, segundo se infere da leitura dessa publicação, foi esse ilustre pesquisador um dos primeiros a ligar a veiculação da infecção malarica aos mosquitos do gênero "*Anopheles*".

Logo a seguir, Galli-Valerio forneceu elementos para que melhor se fundamentasse a suspeita de Lutz, publicando em 1904 um trabalho em que demonstrou a infecção do "*A. lutzi*" ou pelo menos de uma das espécies do sub-gênero "*Kerteszia*". Encontrou 1 exemplar infectado, com treze oocistos, dentre 20 que lhe foram enviados.

Da literatura por nós compulsada, consta ainda um trabalho de N. C. Davis, publicado 23 anos após, o qual, trabalhando em Angra dos Reis, em um mosquito que identificou como "*A. (K.) bellator*" e que Komp pensa tratar-se de "*A. (K.) anoplus*" Komp 1937, conseguiu a infecção experimental de 1 único espécime entra cerca de 167 alimentados em gametóforos.

62)

Entre 1929 e 1938, os Drs. Severiano de Miranda e Carvalho Franco (comunicação verbal), trabalhando sob a orientação do dr. Humberto Pascale, no serviço de combate à malária realizado durante a construção da E. F. Mayrink-Santos, incriminaram os anofelinos do sub-gênero "*Kerteszia*" como os mais prováveis vetores autoctones da infecção malarica, mormente nas cotas altimétricas superiores a 400 metros. Um daqueles médicos nos forneceu uma carta que em junho de 1930, o dr. Humberto Pascale dirigia ao dr. Mario Souto, Engenheiro-chefe da construção daquela ferrovia, na qual escreve textualmente :

"...o mosquito "*A. cruzi*" (espécie bromelícola por nós encontrada naquela região e sobre cujo papel como transmissora da malária, alimentamos por ora forte convicção)...

Presentemente, por sugestão do dr. Artur Costa Filho DD. Diretor do S. P. M., encetamos averiguações no intuito de verificar a potencialidade vetora de malária dos anofelinos do sub-gênero "*Kerteszia*."

Os trabalhos se desenvolveram do seguinte modo :

Foram capturadas na Ilha de Santo Amaro, nas proximidades da Vila Balnearia de Guarujá, algumas fêmeas conservadas em vidros entomológicos com fundo de algodão e papel de filtro umedecido.

Essas fêmeas ali permaneceram até desovarem, tendo sido alimentadas com sangue de cobaia.

Os ovos foram semeados e delas saíram larvas viáveis que atingiram a fase de pupas e imago.



INSTITUTO PINHEIROS

RUA TEODORO SAMPAIO N° 1860
(Esquina de Fradique Coutinho)
CAIXA POSTAL 951
SÃO PAULO

BACTERIOLOGIA
IMUNOLOGIA-QUÍMICA
SERVIÇO ANTIRRABICO

Direção dos Drs. EDUARDO VAZ e MARIO PEREIRA

END. TELEGR. LUZITA Telefones 8 2121
8 2122

Panteina
Pinheiros
ANTI-INFECCIOSO

*heterobactérioterapia
por lise parcial de cocos,
difteroides,
capsulados.*



Panteina

Panteina

Panteina

*Gripe, pneumonia,
infecções da
garganta,
estados septicêmicos.*

*infecções
em
geral.*

*1-2 ampólas por dia,
a juízo clínico,
em injeção subcutânea*

Para criança - Caixa de 3 ampólas de 1 c.c.
Para adulto - Caixa de 3 ampólas de 2 c.c.

DEXTROSOL

(Glucose -d)



**EM PEDIATRIA
CLINICA MEDICA
CIRURGIA**

*Glucose é a principal
fonte de energia*

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

**CAIXA, 2972
SÃO PAULO**

**CAIXA, 3421
RIO DE JANEIRO**

CITOSINA

**RHEUMATISMO - ARTRITISMO
SCIATICA - IRITES**

**Iodeto de Sodio
Salicil. de Sodio
Agua Bi - Destil.**

**1.ª Série 2 cc.
2.ª Série 5. cc
3.ª Série 10 cc.**

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES OU ENDOVENOSAS

LABORATORIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.

**Rua Braulio Gomes, 159-161 — SÃO PAULO
Caixa Postal, 3018, — Telephone, 4-3217**

Dos adultos obtidos os machos foram destinados à identificação da espécie pelo exame dos caracteres da terminalia após dissecação de suas varias peças (mesó-soma e lobos da pinceta), como o aconselha Komp 1937, tendo sido fixado, em caráter provisório, o diagnóstico de "A. (K.) cruzi". Dizemos provisoriamente por terem sido constatadas ligeiras nuances nos lobos da pinceta comparados com os figurados por Komp. As fêmeas virgens, obtidas da criação foram alimentadas em gametóforos portadores da infecção por "Ph. vivax".

Trinta e cinco exemplares foram trabalhados, dos quais 6 foram descartados por diversas razões. Restaram 29 exemplares que ficaram sujeitos a exame, acusando 2, formas evolutivas do parasito, um no estômago e outro nas glândulas salivares e perfazendo uma porcentagem de infecção equivalente a 6,8.

Quatorze glândulas examinadas mostraram 18 positivas numa proporção portanto de 7,1%; o período de incubação extrínseca foi de 18 dias. Dos 25 estômagos, 1 acusou oocistos após 4 dias de incubação extrínseca atingindo uma percentual de infecção equivalente a 4,0.

Comentarios: Dr. M. P. Barretto: Felicitou os AA. pelo trabalho apresentado, bordando comentarios sobre o meio de cultura utilizado para a criação do "A. (K.) cruzi", em laboratorio, resalta o valor relativo das infecções experimentais de anofelinos com plasmodios, dizendo que só pelo conhecimento do grau de infecção natural dos mesmos é que se poderá ter idéia exata do seu valor como transmissores da malária.

Dr. B. Corrêa: Agradeceu as palavras do comentarista, dizendo que também faz parte do seu plano de estudos a verificação da infecção do "A. (K.) cruzi" na natureza.

Dr. F. A. Cardoso: Agradeceu aos AA. a contribuição tra-

zida à Secção, mostrando a necessidade de estudos tais, para melhor compreensão do problema da malária.

Contribuição ao conhecimento dos flebotomos de S. Paulo

— DRS. M. PEREIRA BARRETTO e J. O. COUTINHO — Em condições experimentais conseguiram os AA. fazer o ciclo do "P. monticolus" Costa Lima, 1932 e obter um exemplar macho cujos caracteres são: índice palpal: 1, 4, 2, 3, 5. Índice alar: = 1,8. Pleuras de cor castanho escura como na fêmea. Gonapófise superior: segmento proximal sem tufo de cerdas, segmento distal com 4 espinhos, sendo um terminal, mais longo, 2 medianos e um implantado a igual distancia entre o terminal e os medianos. Gonapófise média: alargada na base, se afila progressivamente a partir da união do terço proximal com o terço médio; cerdas retas, finas e mais ou menos longas se implantam na face superior e interna dos 2/3 distais e na face inferior do terço médio. Gonapófise inferior mais curta que o segmento proximal da gonapófise superior. Gubernáculo alongado e espiculos curtos, grossos e terminados por uma dilatação na extremidade distal.

Descrevem, em seguida "P. castroi" n. sp. (O) capturado em Barão de Antonina, Estado de São Paulo. Seus caracteres são: índice palpal: 1, 4, 2, 3, 5. Índice alar: = 1,6. Pleuras escuras. Gonapófise superior: segmento proximal com um tufo de 4 cerdas retas, finas e longas; segmento distal com 4 espinhos, sendo um terminal, mais longo, um subterminal e 2 medianos. Gonapófise média apresentando a conformação da de "P. longipalpis" Lutz e Neiva 1912, diferindo, porém, por possuir apenas uma corda reta, curta e fina na face superior do terço basal. Gonapófise inferior mais ou menos do mesmo comprimento que o segmento proximal da gonapófise superior.

Descrevem, enfim, "P. lanei" n. sp. (O) baseados no exame de 3 cotipos capturados em Casa Grande, Estado de São Paulo. Seus caracteres são: índice palpal 1, 4 (2,3) 5 e 1, 4, 2, 3, 5. Índice alar variando entre 1,7 e 2,0. Gonapófise superior: segmento proximal sem tufo de cerdas; segmento distal com 4 espinhos, sendo um terminal, um subterminal e 2 medianos. Gonapófise média com a forma aproximada de um pé de extensão, apresentando cerdas retas, finas e curtas na face superior e externa do 3/3 distais e no cotovelo inferior. Gonapófise com o comprimento do segmento proximal superior. Gubernáculo triangular curto.

O dr. F. A. Cardoso agradeceu a comunicação dos AA., excelente continuação da série de trabalhos que os mesmos vêm fazendo a respeito dos flebôtomos do Estado de S. Paulo.

Sobre o encontro de exemplares adultos de S. Mansoni, na luz intestinal, em casos de autópsia — Drs. A. Dacio F. Amaral e Plínio de Lima —

Os AA. mencionam, em primeiro lugar, trabalho anterior, sobre o mesmo assunto, de N. V. de Barros. Relatam a seguir observações que fizeram em torno de 5 casos autopsiados no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, nos quais depararam exemplares adultos, machos e fêmeas de "S. mansoni", na cavidade intestinal. Examinando as fezes de 6 doentes de esquistosomose de forma prevalentemente intestinal, que tomaram vermífugo por terem também necator, não encontraram o "S. mansoni" nas mesmas. Pelo exame de fezes (feito por meio do processo de sedimentação) de 495 indivíduos procedentes de conhecidas zonas endêmicas de esquistosomiose mansônica do território nacional em que obtiveram 98 casos positivos para ovos de "S. mansoni" (19,79%), nunca depararam o referido verme, no

momento da tamiagem, o que contrastou com o encontro de exemplares de "E. vermiculares" e anéis de tenia, durante esse tempo daquele processo de exame fecal. Concluem ser o achado do trematoide em aprêo, na luz intestinal, em casos de autópsia, decorrente de um fenômeno de migração post-mortal do verme, opinião já exarada pelo dr. J. Alves Meira. Ressaltam o valor prático de se procurarem exemplares do "S. mansoni", na luz intestinal: primeiro, porque constitui a pesquisa de tal verme no conteúdo intestinal meio fácil para obtenção de material para cursos de Parasitologia, segundo, porque serve também tal exame de meio subsidiário excelente para o diagnóstico post-mortal da esquistosomose mansônica, frisando que, dos 5 casos examinados, um apenas apresentava lesões macroscópicas da mucosa intestinal que poderiam levar à suspeita daquela parasitose, sendo que os outros não apresentavam, macroscopicamente, quer no intestino ou nos demais órgãos, lesões que levassem à suspeita da referida molestia.

Comentários: Prof. Pessoa: Elogiou o trabalho apresentado e disse que se o achado de "S. mansoni", na luz intestinal, em casos de autópsia, é fenômeno post-mortal, era de se esperar que o mesmo se desse com o "S. haematobium", na bexiga, pergunta aos AA. se não encontraram na literatura, referência ao achado de "S. haematobium, na luz da bexiga, em casos de autópsia.

Dr. D. Amaral: Respondendo, disse não ter encontrado, na literatura compulsada, referência ao achado de "S. haematobium", na cavidade vesical, em casos de autópsia, provavelmente se dê também com "S. haematobium" a mesma migração post-mortal que se verifica com o "S. mansoni". Se a mesma ainda não foi assinalada é porque, naturalmente, tem passado despercebida pelos pesquisadores. Aliás, a presença do "S. mansoni", na luz intestinal, em casos de autópsia

também durante muito tempo não foi assinalada, depois do trabalho de N. V. de Barros é que se tem notado ser essa presença frequente.

Controle médico das piscinas

— DR. JOSÉ TALIBERTI — Abordando o controle medico das piscinas o A. disse, inicialmente, que o fazia para submeter à crítica da Casa as reflexões que lhe ocorreram, no decurso de 1.500 exames feitos no Clube Atlético Paulistano. Referiu-se em seguida ao decreto e disse da situação do medico diante do nadador que comparecia para obter a ficha de piscina e, regra geral, procura burlar a ação do medico que por essa razão não podia contar com a colaboração do paciente, e não devia portanto, dirigir-lhe perguntas acerca da existência de possíveis estados mórbidos. Disse, depois, da maneira como era feito o exame no C. A. P., referindo-se à ficha medica e descrevendo-a, ao mesmo tempo que lhe fazia ligeira crítica.

Fez comentarios relativos à duração e validade do exame, ao exame das mulheres e dos medicos que se encontram em situação especial em relação à submis-

são a um exame feito pelo colega medico do clube.

Referindo-se em seguida às causas que impedem a frequência e à higiene das piscinas, captulo que julga importantíssimo, terminou dizendo das excelentes condições em que se encontra a piscina do Clube Atlético Paulistano que, uma vez satisfeitas as exigências do decreto 10.840, pode ser considerada perfeita.

Comentarios : Dr. Cardoso: Agradeceu o trabalho apresentado pedindo permissão para discordar da opinião do A. quando de inicio disse que o seu trabalho não se enquadrava nos moldes dos da Secção de Higiene, Moléstias Tropicais e Infecciosas. Pelo contrario, trata-se de trabalho digno do interesse da mesma. Pediu esclarecimentos a respeito do tratamento da agua, sugere que o exame das mulheres seja feito por uma medica.

Dr. Taliberti: Quanto ao tratamento de agua, nada pôde dizer pois é da alçada de um técnico. Sabe que a água é filtrada e provem de poço artesiano. Os exames das moças por médica é, concorda, necessario para que os mesmos se revista de todo o rigor.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA EM 6 DE JANEIRO

Meningite luetica da base com poliomielite dos nervos craneanos

— DR. OSVALDO LANGE e AC.º CAETANO DA SILVA JUNIOR — Os AA. apresentaram o caso de um doente, portador de meningite luetica da base do craneo, com poliomielite dos nervos craneanos, modalidade Frankl-Hochwartz, diagnostica esse confirmado pelo exame liquorico. Teceram algumas considerações a respeito do diagnóstico do caso em questão, que a principio fora encaminhado no sentido de uma neoplasia da base do craneo.

O doente, que apresentava além de um sindromo piramidal difusario do lado esquerdo, lesões à direita dos 3.º, 4.º, 5.º, 6.º e

Presidente: DR. ANIBAL SILVEIRA

7.º pares craneanos, melhora consideravelmente com a medicação arseno-bismuto-iodica, aliada à galvanoterapia, massagens e medicação vitaminada.

Persistiu apenas a lesão do ramo oftalmico do trigemeio, de que resultou uma queratite neuro-paralítica.

Comentarios : Dr. João Batista dos Reis: Considerou muito interessante o trabalho do A. perguntando se além da Reação de Wassermann, foram feitas também reações de flocculação, pois que a positividade dessas, embora o Wassermann seja negativo, assegura certamente o diagnóstico de lues. Abordou ainda o ponto

referente a reação de Steinfoel que, na opinião do A., é positiva no caso de comprometimento parenquimatoso, mas que a seu ver é muito pouco específica, pois, segundo sua experiência pessoal ela pode tornar-se positiva pela injeção de ouro coloidal no espaço raquidiano pois voltava a ser negativa.

Dr. Anibal Silveira: Agradeceu o trabalho do A., que reputou de grande valor, estando de acordo em se apurar, minuciosamente, o exame clínico, para ter o laboratório apenas como confirmador do diagnóstico.

Dr. Osvaldo Lange: Respondendo, agradeceu os comentários em torno da sua comunicação.

Respondendo ao dr. Batista dos Reis diz que não foram feitas outras reações, mas que nova reação de Wassermann feita mais tarde, resultou fortemente positiva.

Explica o fato da reação de Steinfeld ter sido positiva, numa das ocupações do dr. Batista dos Reis, em vista dessa injeção provocar momentaneamente segundo os mais modernos trabalhos americanos, uma reação parenquimatosa. Esse fato virá então reforçar a opinião de especificidade que se tem a respeito dessa reação. Pediu mesmo ao dr. Batista dos Reis que continue nas suas experiências, trazendo depois os resultados ao conhecimento da Casa.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE JANEIRO

Presidente: **PROF. ANTONIO PRUDENTE**

Compressão da medula por glioma — **DR. J. DE M. CAMARGO e AC.º ANTONIO GONZAGA DE CARVALHO** — Os AA. relataram os ótimos resultados obtidos pela associação do tratamento cirúrgico ao rádio-terapêutico, em um caso de glioma infiltrante, não pediculado, ao nível de C7. Trata-se de uma senhora com 47 anos de idade que em 1933, apresentara uma sintomatologia de compressão da medula e em quem, sendo examinada pelo saudoso prof. Vampré, foi diagnosticado um tumor cervical, cuja localização acima referida foi estabelecida após os exames subsidiários. Operada nesse ano pelo prof. Camargo, constatou-se a existência de uma massa tumoral infiltrante, que foi extirpada na maneira do possível, tendo-se o cuidado de separar um fragmento de tumor, que sendo examinado, revelou glioma. Após a intervenção cirúrgica foi instituído um tratamento radioterápico cujos resultados foram animadores, visto que a paciente que apresentava uma paraplegia, após aplicação de 2.500 D. E. já conseguia movimentar-se no quarto de aplicações. Alguns meses após a paciente procurou

novamente os AA. para nova série de aplicações visto sentir ainda dores nos membros superiores e uma certa fraqueza nas pernas, muito embora conseguisse andar perfeitamente. Assim, após essa aplicação, a paciente tem voltado periodicamente para submeter-se a continuação do tratamento radioterápico observando-se sempre uma melhora progressiva. Em agosto p. p. tiveram ocasião de examinar a doente, constatando um ótimo estado geral, isto 7 anos após a intervenção.

Comentários: Dr. Antonio Prudente: Considerou a comunicação digna de todo o interesse, principalmente por se tratar de um caso raro: as laminectomias no Brasil, mesmo em São Paulo são raras, tendo o dr. Camargo se dedicado com mais interesse a essa questão, felicitou os AA. pelo magnífico trabalho.

Volvo por torção da alça sigmoide. Mesenterite retratil — **DR. SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR** — O A. apresentou o caso de um doente que deu entrada no serviço, relativamente de urgência, contando dores ao nível

do abdomen, e formação de um tumor abdominal. Visto algumas horas depois de internado, constatou-se ao exame físico todos os sinais de um volvulo, diagnosticado pelo A., como sendo da alça sigmoide.

A operação constou de uma laparotomia infra-umbelical, com incisão um pouco aumentada, foi notada então a torsão da alça sigmoide em dois sentidos. O que chamou principalmente a atenção do A. foi o processo de mesenterite concomitante, mesenterite essa que chama de "retraída", e não retratil como querem alguns. Ultimando a comunicação, teceu considerações sobre a etiologia dessa mesenterite que, na realidade não pôde ser apurada. A comunicação foi ilustrada com fotografias.

Comentarios: Dr. Antonio Prudente: Considerou o trabalho muito interessante, sob varios pontos de vista e em 1.º lugar por se tratar de um tema de cirurgia de urgencia que todos devem estar preparados para resolver. A primeira cousa que salta à vista é a questão diagnóstica, pois que em

todo caso de ileo o diagnóstico deve ser bem preciso; o ileo da alça sigmoide tem por sua localização caracteristicos típicos sob o ponto de vista propedeutico que permitem um diagnóstico exacto. Em seguida, teceu algumas considerações sobre a questão da mesenterite retraída, citando casos por ele observados.

Dr. Euriclides de Jesus Zerbini: Referiu-se à presença da mesenterite retratil ou retraída nos portadores de megacolon, que nos Serviços do prof. Alipio Corrêa Neto, onde trabalha, a incidencia é muito grande. Citou varios casos por ele observados.

Dr. Sebastião Hermeto Jr.: Agradeceu os comentarios ao seu trabalho, pedindo ao dr. Zerbini que, futuramente traga à Casa um relatório dos casos observados na enfermaria do prof. Alipio Corrêa Neto, pois é com grande satisfação que viu debatido entre nós o problema do megasófago e do megacolon sob todos os pontos de vista. Considera fundamental, no seu caso a questão do diagnóstico e do tratamento cirúrgico indicado.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA EM 30 DE JANEIRO

Presidente: DR. JOSÉ ALCANTARA MADEIRA

Um caso de pelagra alcoolica

— DR. ALCANTARA MADEIRA —
O doente apresentado faz parte de uma série de casos de pelagra alcoolica estudado pelo A. que em uma das sessões anteriores teve oportunidade de trazer à Secção de Dermatologia. Trata-se de R. B., 48 anos, italiano, casado, lavrador. Antecedentes venéreos negativos. Alcoolatra e tabagista inveterado. Tem um regimen de alimentação mais ou menos normal embora o mesmo se alimentasse pouco devido à gastrite provocada pelo alcool. Apresenta de 6 meses para cá lesões eritemato-escamosas típicas de pelagra em localização na face dorsal das mãos atingindo o terço

inferior de ambos os antebraços, face dorsal dos pés e posterior do pescoço, fenómenos de gastro-enterite, dores reumaticas nos membros superiores e inferiores. Não fez medicação nicotínica alguma, tendo as lesões cutaneas regredido como é possível ver pela apresentação do doente, desde que o mesmo se obsteve por completo do alcool.

Os sintomas intestinaes (diarréia, etc.) não teem melhorado muito com o tratamento pela ipêca, sais de bismuto, enterovacinas, etc. Iniciava no momento o tratamento pelo ácido nicotínico para verificar a evolução dos sintomas que ainda apresenta.

Actinomicose cervico-facial —

DR. CARLOS DA SILVA LACAZ — O A. iniciou sua comunicação dissertando sobre os sintomas em geral. Esclareceu que os micetomas são tumores micóticos que se localizam em diferentes partes do organismo animal e que se caracterizam pela produção de numerosas fístulas por onde escorre um puz rico em grãos, de cor, forma, volume e dimensões variáveis. De acôrdo com Chalmers e Archibald, dividem-se os micetomas em actinomicóticos ou actinomicose e maduromicóticos os maduromicose. Nos primeiros determinados são cogumelos do gênero actinomicos os grãos geralmente possuem clavos e a parte interna mostra ao microscópio numerosos filamentos, finos, ramificados, sinuosos, característicos das actinomicoses.

Nos micetomas maduromicóticos os grãos não apresentam clavos e a sua parte interna mostra filamentos micelianos grossos septados de partes bem definidas, apresentando clomidosporos isto é, esporos formados a custa do próprio talo. Estabelecendo esta divisão que é fundamental o A. divide os micetomas quanto a sua localização em: cervico-facial, tóraco-pulmonar, abdominal e dos membros. Estuda ligeiramente o quadro clínico dos micetomas actinomicóticos, podal, tóraco-pulmonar e abdominal para depois entrar propriamente na parte referente à actinomicose cervico-facial. Diz o A. que a actinomicose é mais frequente que a maduromicose razão pela qual emprega a denominação de actinomicose cervico-facial referindo-se de modo geral aos micetomas cervico-faciais. Citando estatísticas de Poncet, Berard e Negroni o A. demonstra a grande frequência da actinomicose cervico-facial na Europa, Argentina, ao contrario do que se observa no Brasil onde a forma frequentemente mais encontrada é a podal. Com efeito, diz o A., a actinomicose podal é encontrada em nosso meio com relativa frequência ao contrario do que sucede em outros meios

estrangeiros. A seguir o A. fez o estudo clínico da actinomicose facial, chamando a atenção para 3 sinais importantíssimos: o trismus mais ou menos precoce e intenso, a tumoração geralmente acolada ao angulo do maxilar inferior e os fenómenos dolorosos.

Frisa que numa fase posterior o tumor se fistuliza dando escoamento ao puz rico em grãos com os caracteres já conhecidos. Divide a actinomicose cervico-facial em actinomicose propriamente dita e actinomicose dos maxilares neste último tipo havendo comprometimento do tecido ósseo. Passando ao diagnóstico da actinomicose o autor enumera o diagnóstico clínico, o diagnóstico microscópico, mirológico, radiológico e provas biológicas. Chama a atenção para a importancia do diagnóstico microscópico que diferencia um micetoma maduro de um actinomicótico; fala a seguir das dificuldades na obtenção de culturas do actinomicose. Alguns requerendo meios anaeróbios para o seu desenvolvimento. Estuda o quadro radiológico da actinomicose cervico-facial com lesões, dos maxilares achando que entre nós a micose mais esteofila é a actinomicose. No capítulo do tratamento o A. cita a terapeutica cirúrgica no tratamento médico pelos iodretos particularmente o IK por via oral, em grandes doses, a sulfanilamida, a radioterapia e vacinoterapia de Negroni. Afirma que este método tem dado ótimos resultados em suas mãos.

Finalizando a apresentação do seu trabalho o A. estuda varios vasos de actinomicose cervico-facial apresentando documentação fotográfica e cultural.

Comentarios: Posto em discussão o trabalho do dr. Carlos da Silva Lacaz pediu a palavra o dr. José de Alcantara Madeira que disse o seguinte: — Achamos brilhante o trabalho apresentado pelo dr. Lacaz que constituiu um verdadeiro ensinamento para todos nós, tal a abundancia de documentação e de idéias novas e originais que o mesmo apresentou. Achamos

PARA A

HETEROPROTEINOTERAPIA
DAS MOLÉSTIAS INFECCIOSAS

CASEAL CÁLCICO



ISTITUTO OPOTERAPICO NAZIONALE "PISA"

PISA - (ITALIA) - VIA CONTESSA MATILDE N. 24

CASEAL CÁLCICO

O **Caseal Cálcico** encontra, em geral, a sua indicação em todos aqueles variadíssimos processos mórbidos, infecciosos ou não, agudos, sub-agudos ou crônicos, nos quais é indicado o uso de uma proteína heterogênea.

Assim principalmente:

Tifo e paratifo.

Pneumonia crupal - Broncopneumonia - Broncopneumonia influençal.

Septicemias - Séptico-pioemias - Infecções puerperais - Septicemia carbun-

culosa - Erisipela - Osteomielites - Periostites - Empiemas.

Reumatismo articular agudo e sub-agudo - Artrites crônicas.

Supurações crônicas de toda espécie.

Febre de Malta - Febrículas.

Nevralgias agudas e crônicas.

Eczema, furunculoses, piodermites - adenites.

Otitis, mastoidites, sinusites, anginas.

Queratites, hiritis, iridociclites e infecções oculares em geral.

Escorbuto.

O **Caseal Cálcico** pode ser empregado com grande vantagem na prática cirúrgica antes das intervenções operatórias, particularmente cavitárias sobre o estômago e o intestino, como cura preventiva, para evitar as complicações pulmonares e as de natureza séptica e infecciosa.

Assim também na prática obstétrica como cura profilática e preventiva em todos os casos em que, por um qualquer motivo, se tema a superveniência de complicações sépticas.

Pela sua composição e pelo seu forte conteúdo em cálcio, o **Caseal Cálcico** pode ser também útilmente adotado como hemostático (nas hemoptises, nas hemorragias, nas diáteses hemorrágicas, na hemofilia, etc.) e como anti-anafilático.

USO E DOSES

O **Caseal Cálcico** é usado em injeções intra-musculares (uma ou mais injeções de 5 cc. praticadas preferivelmente em dias alternados). A injeção, indolor, provoca uma bastante moderada reação geral e não determina manifestações anafiláticas.

O **Caseal** pode ser injetado sem perigo nas crianças, ainda em lactantes de poucas semanas. Nas crianças muito pequenas inicia-se o tratamento com doses de 2 cc. (ampôlas de 2 cc.); depois dos 5 anos de idade pode-se injetar sem mais nada uma ampôla de 5 cc.

APRESENTAÇÃO

Em caixas de 1 e 3 ampôlas de 5 cc. (adulto).

Em caixas de 3 e 6 ampôlas de 2 cc. (crianças).

AGENTES NO BRASIL:

ZAPPAROLI & SERENA, LTDA.

SÃO PAULO
RUA DO CARMO N. 161
FONES 2-0223 e 2-5752
CAIXA POSTAL 1096

ENDEREÇO TELEGR.
- ZAPPA -

RIO DE JANEIRO
RUA SÃO PEDRO N. 164
TELEFONE 24-1288
CAIXA POSTAL 938

porém que o A. não deveria dizer que actinomicose é a mais osteofila das micoses, pois outras, entre elas a esporotricose pode também, às vezes, ser osteofila e generalizante como o caso por nós estudado há tempo com o dr. Cerruti e que por motivos alheios a nossa vontade ainda não pôde ser publicado. Tratava-se de um caso de esporotricose generalizada, apresentando lesões ósseas verificadas pela radiografia nos membros superiores e inferiores e que se curou radicalmente pelo uso intensíssimo e saturado do iodureto de sódio por via oral e intravenosa.

A seguir pediu a palavra o prof. Artom que confirmou plenamente as afirmações do autor com respeito as diferenças da frequência de localização dos micetomas actinomicóticos na Europa e no Brasil. A localização cérvico-angulo-facial é a mais frequente na Europa com porta de entrada representada por dentes cariados; a localização no pé é raríssima e limitada quase exclusivamente às regiões mediterrâneas em que a patologia já tende para caracteres pré-tropicais. Confirma entretanto pela própria experiência as notáveis diferenças que se encontram na cultivabilidade do actinomicose, de que existem raças aeróbias, raças anaeróbias e raças já cultivativamente aeróbias e anaeróbias, que em seus casos teve dados que o induziram a considerar provativa a observação de Ciani segundo a qual, quando o processo actinomicótico é comunicante com o mundo externo e acompanhado de rica flora bacteriológica comum o isolamento do actinomicose torna-se fácil, enquanto que quando o processo é fechado (e por isto deve permanecer não inclinado) a cultura dos micromicetos ou não se realiza, ou se obtêm raças constantemente anaeróbias.

Em seguida o dr. Firmino Lima fez considerações sobre a questão do tratamento, detendo-se muito particularmente sobre o da sulfanilamida na esporotricose e actinomicose a qual tem sido usada pelo A. em inúmeros casos na 4.ª enfermaria da Santa Casa.

Com a palavra, a seguir o sr. presidente, dr. Humberto Cerruti, confirmou, até certo ponto, as observações feitas pelo colega Madeira porquanto a do colega Silva Lacaz pareceu-nos um tanto exclusivista isto é em dizer que a actinomicose é a mais osteofila das micoses. Ao lado da esporotricose citada pelo dr. Madeira poderia lembrar a blastomicose, que nos casos graves e generalizados sempre são encontradas áreas destrutivas do tecido ósseo, os quais se mostram radiologicamente com aspectos de lesões do tipo rarefaciente. Em muitos destes casos de blastomicose necrosados, tive a oportunidade de observar lesões ósseas todas com a presença de abundantíssima blastomicose, a tal ponto que poderia lembrar ser a medula óssea meio de cultura para estes cogumelos melhor do que os gânglios linfáticos que como é sabido são um dos primeiros a ser acometidos e sempre se mostram riquíssimos em parasitar. Outro reparo que eu pediria licença para fazer ao autor é o fato de não ter chamado suficientemente a atenção no que concerne ao diagnóstico diferencial e mesmo com relação às diferentes localizações das actinomicoses e maduromicoses; ha entidades nosológicas como a tuberculose (escrofuloderma cervical), por exemplo, que frequentemente se apresentam com numerosos trajetos fistulosos e é comuníssimo obter-se através destas fistulas pus rico em pequenos grãos ou mesmo em grãos que na verdade como é fácil compreender não são constituídos por cogumelos e sim por um conjunto de pequenas massas necróticas ou caseificadas de tecidos acometidos. Estas formações examinadas ao microscopio a fresco mesmo com grande aumento geral trazem evidentes confusões, pois dificilmente é possível distingui-las dos grãos actinomicóticos, especialmente dos das actinomicoses que não são providos de clamidosporos como sóe acontecer com os das maduromicoses.

Dr. Silva Lacaz: Em primeiro lugar agradeceu os comentários

feitos em especial modo os do prof. Artom. Em seguida concordando com a possibilidade de outras micoses serem osteofílas, diz que talvez se tenha expressado mal no decorrer de sua comunicação, porquanto não previa dar um sentido tão exclusivista como pareceu à primeira vista. Quanto ao dr. Cerruti concorda plenamente com o que afirmou e se não insistiu mais nesse particular foi unicamente pela premência do tempo, entretanto aproveita a oportunidade para esclarecer que nos casos duvidosos muito bem lembrados pelo dr. Cerruti deve-se recorrer à coloração pelo método de Gram que, na grande maioria, revela nos casos positivos a presença de grãos com filamentos micelianos corados e com a sua micromorfologia característica.

Aos comentários do dr. Lima respondeu que ha autores argentinos que curam a actinomicose somente com sulfanilamida e poz a disposição do estimado colega esse trabalho.

O sr. presidente disse que a comunicação do ilustre colega é o fruto de muitos anos de profícuo estudo, feito ao lado de uma escola micológica já por nós conhecida, que ultrapassando as fronteiras nacionais é sem favor a melhor do paiz. E' a escola de Floriano de Almeida, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Aliás, como já esperávamos pudemos pelas sábias palavras do jovem e nobre micologista haurir conhecimentos básicos que muito interessam no campo da micologia. Em seu nome e no dos membros desta Secção agradeceu de modo particular a brilhante colaboração, esperando ouvi-lo novamente com a maior brevidade possível sobre novas contribuições micológicas no campo da Dermatologia.

"Stato esclerodérmico" — PROF. DR. MÁRIO ARTOM — O autor recordou que, enquanto em quasi todos os capítulos da Dermatologia se tem tendencia de exercitar uma obra de análise cada vez mais se diferenciando do ponto de vista morfológico e etio-

patogenético, as diversas entidades mórbidas, no campo da esclerodermia se tem verificado ao contrario em base aos estudos mais recentes agrupando formas antes consideradas de natureza diversa: edemas, hemiatrofia facil, atropodermia, etc.; e além disso se tem demonstrado que a particular alteração conetival pode atingir outros tecidos além dos dérmicos, como serosos, músculos, ossos, etc. Julga por isto justificado que não se fale mais de esclerodermia mas sim de "stato esclerodérmico" e disse que para compreender o mecanismo de formação da moléstia occorre tomar em consideração semelhantes factores. Releva antes de tudo o importante papel das perturbações do intercambio da agua e das alterações linfáticas tão importantes nos esclerodemas localizados ou generalizados tanto da criança como do adulto, do que deduz a importancia do sistema lacunar na gênese de alguns estados esclerodérmicos. Fez notar como em outros casos (síndrome de Thieberg e Weissenbach) é evidentíssima uma perturbação do intercambio dos sais de cálcio dos quais se acham verdadeiros depósitos tissurais, o que induz a pensar em uma verdadeira disfunção roidéia. Poz em relevo a existencia em outros casos de importantes alterações vasculares das quais se tem demonstrações não só histológicas mas também macroscópicas (lilac-ring) recorda os importantes fenómenos degenerativos cutaneos que transformam mesmo o estado esclerodérmico em estado atrófico. Todos estes dados induzem o autor a concluir que a esclerodermia é uma doença geral o que simeiológicamente é confirmado pelas frequentes alterações hemáticas, pelas perturbações nervosas que determinam as crises vaso-motoras da esclerodactilia, pelas importantes perturbações metabólicas gerais, pelas manifestações a cargo do esfago, do sistema ósteo-articular o "stato esclerodérmico" como uma afecção em que as alterações conjuntivas representam um dado que,

constituindo o elemento diagnóstico mais característico é, provavelmente, não primitivo mas secundário a alterações gerais meta-

bólico-degenerativas. O "stato sclerodérmico" não pode por isto ser considerado uma dermatose no sentido restrito da palavra.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE JANEIRO

Presidente : DR. JOSÉ EURICO SANTOS ABREV

Caso provavel de nefrite sifilítica numa criança de 3 meses de idade. — DRS. JOSÉ MAURICIO CORRÊA E C. A. DO ESPÍRITO SANTO — Os AA. apresentam um caso de uma criança de 3 meses de idade, que deu entrada no serviço, com edema generalizado, urinando pouco e vermelho como sangue, sendo que o exame de urina revelou albumina, hemácias e cilindros. O exame da pele e outras partes do corpo, revelon sinais evidentes de lues congenita e cujo tratamento específico fez regredir todo o quadro de verdadeira nefrite apresentada pelo paciente.

Os AA., se bem com certas reservas, fizeram então o diagnóstico de nefrite sifilítica, deante do sucesso obtido pela terapêutica específica, que veio mostrar a ligação entre os sinais lues e a nefropatia existente.

Comentarios : Dr. Espírito Santo : Disse que antes de sua viagem ao Rio de Janeiro, já acompa-

nhava a terapeutica do caso, mencionando trazê-lo à Secção, e se houve-se insucesso terapeutico, mencionava fazer a autopsia para comprovar anatomopatologicamente as lesões renais da lues.

Dr. Leoncio de Queiroz : Teceu elogios ao trabalho dos AA. que considera de muita oportunidade.

Dr. José Eurico Santos Abreu : Considerou de interesse o caso apresentado pelos AA., não só pela raridade, como pelo diagnóstico brilhante, e sua comprovação pela terapêutica. Em seguida fez algumas considerações sobre o fato de se empregar o 914 ou não, em casos de rins lesados.

Antes de se encerrar a sessão, foi exibido, por iniciativa do dr. Espírito Santo, um filme natural, elaborado no Hospital Artur Bernardes do Rio de Janeiro, sob a orientação científica do dr. Adauto de Rezende, a respeito a instrução elementar em pediatria, dedicada especialmente às mães.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA, EM 17 DE JANEIRO

Presidente : DR. GABRIEL PORTO

Prescrição dos aparelhos auxiliares do surdo — DR. REZENDE BARBOZA — O A. primeiramente entra em variadas considerações sobre a surdez, dividindo-a em diversos graus, conforme a curva audiométrica acusada. Fez comentarios em torno da curva audiométrica e o meio de conseguila ou com o audiometro, ou por diapasões bem controlados.

Ressaltou a necessidade de, aos otologistas e a quem interessa mais de perto o problema da surdez, se precaverem contra os individuos "audiometristas" que absolutamente sem um controle científico sobre o aparelho da audição, re-

comendam este ou aquele aparelho ao doente, que não sendo o exatamente indicado e com a gradação necessária, poderá mais tarde trazer graves perturbações.

Assinalou, então, a indicação desses aparelhos auxiliares do surdo, mostrando quando devem ser usados e o grau de surdez ao qual melhor prestam o seu auxilio.

O A. terminou a comunicação apresentando todos os tipos de aparelhos auxiliares dos surdos, existentes na praça, descrevendo o seu funcionamento.

Comentarios : Dr. Angelo Mazza : Felicitou calorosamente o A.

pelo seu magnífico trabalho, chamando a atenção para alguns aspectos clínicos da questão, como sobre os surdos latentes, isto é, aqueles que possuindo desvio do septo, amidalites frequentes, etc., tem elementos para transformarem-no mais tarde, num surdo. Considerou também o aspeto social da questão, pois que esses aparelhos auxiliares do surdo constituem danos estéticos, dificilmente suportados por certa classe de indivíduos.

Felicitou também o dr. Mário Otoni de Rezende, pela sua brilhante orientação, ao instituir um curso sobre a questão, no serviço que dirige e a cargo do A.

Dr. Guedes de Melo: Comentou o trabalho, dizendo que o A. sintetizou de maneira muito clara o assunto, fazendo éco da campanha que se faz atualmente nos Estados Unidos, em torno do reajustamento dos surdos. Lamentou que esses aparelhos sejam tão pouco conhecidos entre nós, e

lança a proposta de se oficializar às casas representantes dos mesmos, no sentido de pedir uma propaganda eficiente junto aos especialistas, para que aqueles se tornem bem conhecidos destes. Essa proposta foi aprovada pela Casa, por unanimidade.

Dr. Roberto Oliva: Tendo tido ocasião de acompanhar todo o curso sobre a questão, ministrada pelo A. no Ambulatório da Santa Casa, felicitou-o calorosamente pelos ensinamentos importantíssimos que tão bem soube transmitir. Considerou, entretanto, muito difícil a obtenção de uma curva audiométrica, que é absolutamente necessária, uma vez que sem ela não estaria feita a indicação perfeita do aparelho, sendo isso um dos entraves para o uso desse aparelho com a sua indicação certa.

Dr. Gabriel Porto: Congratulou-se por iniciar a sua presidência, com trabalhos tão interessantes como o apresentado. Felicitou o A., agradecendo o seu trabalho.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 3 DE JANEIRO

Presidente: DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO

Tratamento do diabete insípido — Drs. IGNACIO LOBO e LUCIANO DECOURT — Os AA. apresentaram dois casos da referida moléstia, que trataram principalmente com pó de hipófise, preparado no Instituto Butantan, pelo prof. Ribeiro do Valle.

Frisaram, com insistência, que o fim principal da comunicação era mostrar o valor dos preparados frescos como o usado pelos autores.

Terminaram a comunicação, lembrando os resultados obtidos com esses preparados frescos, que foram satisfatórios.

Comentários: Dr. Mesquita Sampaio: Felicitou os AA. pelo interessante trabalho apresentado, e abordando o primeiro caso, disse juntamente com o dr. Carlos Gama e Ddo. Pedreira de Freitas, cujos resultados foram ótimos. Referindo-se ao segundo caso, extranhou a coexistência do diabete insípido e hipertensão, frisando também

a positividade da reação de Wassermann.

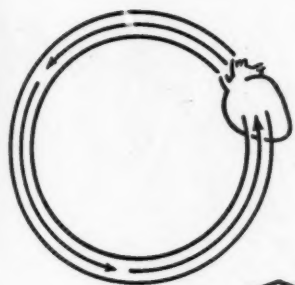
Dr. Julio Kieffer: Indagou se não seria possível o uso hipodérmico de extratos de glândulas, como se faz com outros hormônios.

Dr. Paulo de A. Toledo: Lembrou a possibilidade da queda da pressão estar relacionada com a supressão do sal.

Respondendo os AA. disseram que não cogitaram do enxerto, em virtude da rebeldia do paciente e que o uso de pastilhas só se faz para compostos bem definidos como os hormônios sexuais.

Interferometria — DR. ANANIAS PORTO — O A. expôs o histórico da questão e entrou na análise dos fundamentos biológicos da interferometria, passando em revista os trabalhos vindos à luz desde Abderhalden.

Afirmando não ter experiência sobre o método em apreço, o dr. Ananias Porto criticou as hipó-



CORAMINA



**Analéptico
cardio-respiratório
hidrosolúvel**

de acção pronta e eficaz em
todos os casos em que se
altera o equilíbrio do apare-
lho circulatório, como p. ex.

**Colapsos - Insuficiência cardíaca e
circulatória - Doenças infecciosas - In-
toxicações - Incidentes da narcose, etc.**

Ampolas de 1,7 e 5,5 cc. Gotas.



**PRODUCTOS CHIMICOS CIBA S. A.
Rio de Janeiro - São Paulo - Recife**

Phosphoro colloidal
Calcio colloidal
Vitamina A
Vitamina D

FOSFANIL

CARENCIA DE VITAMINAS A e D
 Rachitismo - Osteomalacia - Osteoporose - Fixador do calcio
 Reconstituinte geral

INJECTAVEL 10 AMPOLAS DE 2 cc
 GOTTAS FRASCOS DE 10 cc

Laboratorio  Orthobios

RUA ANTONIA DE QUEIROZ 549 - TELEPHONE. 4-8050 - SAO PAULO BR

Todas as modalidades da *SIFILIS* são influenciadas de modo notavel pelo

NATROL

(Tártaro-bismutato de sódio hidro-soluvel)

Empôlas de 2cc.=0,038 Bi

Rápida negatificação da R. Wassermann, na lues primária e secundária.

Tolerância perfeita, até por via intravenosa.

Encontravel no "liquor" à primeiras injeções.

POMADA DE NATROL — Cicatrizante enérgico.

CARLOS DA SILVA ARAUJO S. A.
 Caixa Postal, 163 Rio de Janeiro
 Laboratorio Clinico Silva Araujo — L. C. S. A.
 Deposito em S. Paulo: Rua 11 de Agosto, 35

teses aventadas pelos vários autores e expôs, por fim, as conclusões a que chegou isto é, que a interferometria era um mau método de diagnóstico das doenças endócrinas.

Sobre a interferometria —

Dr. GONZALEZ TORRES — O A. se ocupou sobretudo, em estudar, do ponto de vista da critica científica, as objeções levantadas contra o método interferométrico no diagnóstico das endocrinopatias.

Concluiu o autor :

a) que se conservando nos limites das possibilidades do método sem extremismos ilógicos e respeitando as exigências da técnica depurada, a interferencia é um método útil ;

b) que este método não exclue em absoluto os outros métodos de diagnóstico, como metabolismo basal, as provas biológicas, a dosagem química e de hormônios, etc. ;

b) que com boa interpretação e em colaboração com o clínico pode dar úteis indicações terapêuticas, como o comprovam os casos acompanhados em sua evolução, com a curva interferométrica ;

d) que os estudos sobre o método estão ainda em andamento, não devendo pretender-se que tudo já esteja certo e esclarecido, sendo um método, porém, que no estado atual dos nossos conhecimento e de acôrdo com a experiência dos que mais se ocuparam do assunto, não deve ser desprezado na ilustração do critério diagnóstico.

Comentarios : Dr. Mesquita Sampaio : Comentando o trabalho, disse que na clínica tem observado bons resultados com a interferometria, ressaltando que tal método lhe tem facilitado o diagnóstico e a orientação terapêutica.

Dr. Ribeiro do Valle : Felicitou os AA. pelos trabalhos apresentados, pondo em destaque diversos valores do método, citando como o principal a orientação da terapêutica ; assinalou também os seus inconvenientes concluindo, por fim, que o método não dá grandes vantagens em empregá-lo.

Dr. Emilio Mattar : Teceu considerações em torno da formação dos fermentos protetores contra os hormônios.

Dr. Decourt : Disse que o termo disfunção, varias vezes empregado não tem para ele significação precisa, sendo mesmo difficil de defini-lo. Acha, mesmo que tal termo só serve para trazer confusão.

Dr. Humberto Cerruti : Agradeceu o convite feito pelo sr. presidente para tomar parte nos debates sobre a interferometria. Fez rápidas considerações a respeito da aplicação da interferometria em dermatologia, citando a opinião de varios autores, que revelam a insuficiencia do método.

Dr. Ignacio Lobo : Assinalou que varios autores de renome não registram a palavra interferometria nos seus tratados.

Os AA. retomam novamente a palavra, para agradecer os comentarios, tecendo novas considerações de ordem geral.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 1.º DE FEVEREIRO

Presidente : Dr. HONORIO DIAS

Estudo radiológico do varicocele "in vivo" — Dr. JARBAS BARBOZA DE BARROS e Dr. EDUARDO COTRIM — Os AA. fizeram algumas considerações sobre a physio-patologia da circulação no varicocele. Propuzeram um método para o estudo, baseado nos exames radiológicos.

Após descrever a técnica que consiste na introdução de uma substancia de contraste no inte-

rior de uma veia ectasiada do plexo pampiniforme e na radiografia feita em posição erecta e em decubito dorsal, mostraram uma série de radiografias para documentar as suas afirmações.

Embora pequeno o número de casos que examinaram (22) ficou plenamente demonstrado que é possível estudar a circulação no varicocele, por meio de exames

radiológicos. A técnica mostrou-se suficiente para esses estudos.

A progressão do contraste no interior das veias, com os pacientes em posição erécta e em decubito, faz-se de modo diferente, segundo o grau de dilatação dos troncos venosos.

Em posição erécta, nos portadores de varicocéles, com ectasias apreciáveis das veias do plexo pampiniforme a corrente venosa apresenta uma direcção centrífuga

na no feixe espermático e centripeta nos demais troncos venosos.

Nos varicocéles sem dilatação acentuada das veias do cordão, a progressão centripeta do contraste faz-se pelo feixe espermático e também pelos demais feixes.

No decubito dorsal qualquer que seja o grau de dilatação das veias, a substancia opaca, segue uma direcção centripeta, passando por todos os feixes.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 10 DE MAIO

Presidente: DR. HUMBERTO CERRUTI

Da incidencia da Lepra entre os comunicantes escolares —

DR. DUARTE DO PATEO — O A. traz à Sociedade o trabalho apresentado ao 1.º Congresso Nacional de Saude Escolar, realizado nesta Capital, em abril p. p., contribuição do Serviço de Profilaxia da Lepra de S. Paulo. Refere-se a alguns dados relativos à incidencia da Lepra entre os comunicantes escolares. As observações foram realizadas em torno de 5.768 comunicantes escolares, registrados no Serviço de Comunicantes do S. P. L. O censo geral dos comunicantes de lepra, no Estado de S. Paulo, em 31 de março do corrente ano, attingia a 45.728 pessoas. Estabelecido o índice de incidencia da lepra entre os referidos comunicantes, o mesmo se revelou elevadissimo, attingindo 9,9 por cento; notando-se que, para os comunicantes escolares, foi observada uma média ainda mais elevada, 12,7 por cento.

Diante destas cifras alarmantes, o A. apela para que seja observada mais estreita colaboração entre o Serviço de Saude Escolar e o Serviço de Profilaxia da Lepra, sugerindo à Secretaria da Educação e Saude Publica a criação de

um estagio obrigatorio no Serviço de Profilaxia da Lepra, para os medicos dos varios serviços de fiscalização de saude.

Comentarios sobre a chamada "Lepra Lazarina" ou "Manchada" forma criada pelos autores mexicanos — DR. RAUL FERNANDEZ VAUTRAI — O A. faz o histórico da chamada "Lepra Lazarina" ou "Manchada", forma criada pelos autores mexicanos — Lucio y Alvarado. Faz a comparação do quadro clínico que foi descrito por aqueles autores, com o que caracteriza a Reação Leprotica. Comenta e compara com a descrição original, os caracteres que Pardo Castello e Caballero y J. N. Rodriguez deram na "Lepra Lazarina" afirmando em suas conclusões que a "Lepra Lazarina" caracteriza-se por evoluir em forma de exacerbações agudas com manifestações principalmente para o lado da pele, cujos sinais clínicos são semelhantes aos que distinguem os quadros "reacionais" das formas clínicas: Lepromatosa e Tuberculoide. Portanto, não se justificando o termo "Lazarino" para caracterizar uma forma, um tipo ou um sub-tipo.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 30 DE MAIO

Presidente : DR. ALVARO COUTO BRITO

Casamento de colaterais do terceiro grau civil — DR. A. LEÃO BRUNO — Inicialmente, o orador taceu alguns comentarios a respeito do decreto-lei n. 3.200, de 19 de Abril deste ano. Dividiu o seu trabalho nos seguintes itens :

1.º O problema em face do Direito Civil ;

2.º Razões que militaram a favor do impedimento : a) Razões de ordem moral ; b) Razões de ordem biologica ;

3.º O problema em face da medicina ;

4.º O problema em face do Direito Penal e da Medicina Legal.

Depois de abordar os tres primeiros itens, o dr. A. M. Leão Bruno resaltou que o citado decreto oferece ensanchas a que sejam remediados melhormente aqueles crimes de violencia carnal em que a qualidade de tio da vítima era motivo para não dar a solução mais condizente com o fato : o casamento. A este propósito, formulou o orador as duas hipóteses e respectivas soluções a serem assinaladas : a) Indivíduos cujo exame medico não desaconselhe o enlace matrimonial : o casamento é permitido ; b) Indivíduos cujo exame desaconselhe o enlace matrimonial : não é permitido o casamento, devendo o autor do delito cumprir a pena, à qual, naturalmente, se deverá submeter, também aquele que, podendo se casar, recuse.

E em relação aos que estejam cumprindo pena por tal delito ? Consequencia de importancia precípua, disse o orador, é a terapêutica facultada pelo decreto lei n. 3.200 : a) Cessarão os efeitos da condenação se o sujeito ativo do delito remediar o mal casando-se com a ofendida, sua sobrinha desde que o exame medico prenupcial for favoravel ; b) Continuarão

aqueles efeitos na hipotese de recusa e nos casos em que o exame medico for desfavoravel.

Urge portanto, que o orgam competente da Justiça providencie a respeito intervindo junto aos condenados por tal delicto para que se pronunciem sobre a conveniencia ou não de sua parte de reparar o mal pelo casamento, possivel agora pelo desaparecimento, seguindo-se, naturalmente, o preceito do art. 2.º e paragrafos do citado decreto.

O delicto de contagio no novo Codigo Penal — DR. JOSÉ C. TALIBERTI —

Inicialmente o autor citou a dificuldade da prova como objeção primaria que se fazia ao delicto de contagio, mostrando a improcedencia da mesma em relação ao texto adoptado pelo nosso legislador. Em seguida abordou a questão do consentimento do ofendido, mostrando que no interesse da sociedade ele não devia prevalecer, mas sim no interesse dos coparticipes da ação penal, devendo ficar postergada para época mais distante a ação publica nos crimes de contagio.

Comentou, depois o art. 131 do novo Codigo que dispõe sobre o contagio de molestia grave, devendo, no entender do orador, serem capitulados nesse artigo, as experiencias "in anima nobili" e os casos de contagio acarretando a responsabilidade profissional, entre outros.

Passou a considerar os casos de contaminação concomitante à pratica de outros crimes sexuaes achando que, nesses casos, poder-se-ia resolver a questão pelo artigo 51 que dispõe sobre o concurso, formal de delictos. Por último, o dr. José Cretelli Taliberti analisou o elemento subjetivo no delicto de contagio, que, no seu

modo de ver, pôde revestir toda a gama que vai do caso fortuito ao dolo direto, terminando por

comentar o caso de morte ocorrida em consequência da contaminação.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa

SESSÃO DE 14 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. JAIME RODRIGUES

Tumores do sistema nervoso — DR. WALTER E. MAFFEI — Iniciou o A. a sua conferencia sublinhando a extensão a complexidade do tema que se propusera desenvolver. Pela razão alegada resolvera constituir-lo dentro de 3 palestras sucessivas que, facilitando sobremodo a exposição e possibilitando-lhe maior objetividade seria de melhor proveito àqueles que o assistissem. Após, definiu o que seja um tumor, proliferações atípicas, de caráter autonomo, crescimento progressivo e destituídas de finalidade útil; salientou a necessidade do conhecimento da natureza de um tumor bem como do seu comportamento, não só para se estabelecer a conduta a seguir no tratamento clínico ou no ato operatorio como também para se estabelecer o prognostico. Antes de entrar no assunto propriamente dito de sua palestra, aludiu rapidamente alguns pontos gerais da estrutura e desenvolvimento do tecido nervoso. Referiu-se, em seguida, a neuroglia, designação dada por Virchow, equivalente a cimento nervoso. Falou da importancia da Escola de Cajal no que se refere a métodos eletivos de impregnação (sublimado ouro e carbonato de prata amoniacal). Referiu-se depois aos diversos tipos de glia: ectoglia, neuroglia propriamente dita ou macroglia derivada do ectoderma e mesoglia ou microglia derivado do mesenquima. En-

tre os tipos celulares da macroglia situa o ependima, a astroglia e a oligodendroglia passando à descrição pormenorizada desses diversos elementos, objetivados pela apresentação de diversos diapositivos originais. Estabelece, em seguida, o conceito de glioma fornecendo diversas classificações a essa neoplasia desde Virchow até a classificação Americana (1926) de Horvey Cushing e Percival Bailey. Referiu-se, antes de chegar á classificação Americana, a de Stuaabe baseadas nos estudos de Goegi, Borot, Rilbert e Roussy (Hermitte). Os autores americanos estudando copioso material verificaram que, na maioria dos tumores do sistema nervoso pode-se reconhecer este ou aquele tipo de celula que se encontra nos diversos estadios do desenvolvimento do tecido nervoso (valendo-se dos trabalhos de Hiss e Held a histogênese do tecido nervoso) e estabeleceram uma classificação das neoplasias nervosas adotando o criterio histo-morfológico, porem de base histogenética. Passa, a seguir, à histogênese do tecido nervoso expondo a classificação das neoplasias de acordo com o elemento dominante na histogênese. Após referir-se às objeções apresentadas a essa classificação por Roussy-Hermitte e Oliediry, finalizou sua palestra fartamente ilustrada por esquemas e preparados anatomo-patológicos.

Philergon - fortifica de fato.

SANATORIO SÃO LUCAS

CIRURGIA. GYNECOLOGIA. OBSTETRICIA



Directores :

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

e

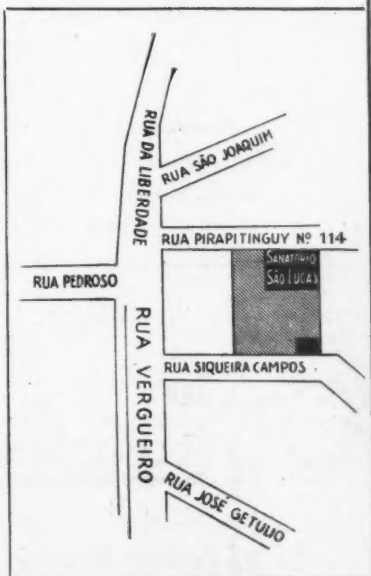
DR. JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO

★

RUA PIRAPITINGUY, 114

Telephone, 7-4020

SÃO PAULO



O mais energico medicamento contra
os **espasmos dolorosos** do
pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios
(asthma), dos ureteres, do utero, etc

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTE

A base de papaverina, belladonna, meimendo e boldo,
XX e XXX gotas por 2 a 3 vezes ao dia

Lab.^{rio} Gross - Rio

RAIOS X

Dr. J. M. Cabello Campos

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames

Radiologicos a domicilio

Consultorio :

RUA MARCONI, 94

(Predio Pasteur)

Telephone: 4-0655

Residencia :

RUA TUPY, 593

Telephone: 5-4941

SÃO PAULO

*Injecções inteiramente indolores e
sem reacção local*

Calcio Isotonico GROSS

O mais moderno recalçificante *sem perigo*
Laboratorio *Gross-Rio de Janeiro*

Tu
— Dr
O A. p
iniciad
feriu-s
nervos
neopla
mento
nese, a
glioma
matur
droglie

Tu
— D
— Co
passa
neopla
rencist
um ra
do eiz
do em
neopla
ticular
diferen
versos
ter at
gioma
Cushi
cola
ções,
lhier,
ninges
blasti
droma
Robin
gi, en
Naas,
Aoste

Acl
notav
no, p
ta pr
se tra
voluc
seguir
expos
desig
tada.

SESSÃO DE 21 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. JAIME RODRIGUES

Tumores do sistema nervoso

— DR. WALTER E. MAFFEI —

O A. prosseguindo sua conferencia iniciada na reunião anterior, referiu-se a histopexia do sistema nervoso, expôz a classificação das neoplasias de acordo com o elemento predominante na histogênese, abordando em particular os gliomas que assim dividiu : a) maturos ; astrocitoma, oligodendroglioma, ependimoma, pinealo-

ma, ganglioneuroma. 6) imaturos : glioblastomas multiforme, meduloblastoma, neuroepitelioma, astroblastoma. Estudou em seguida, minuciosamente, cada tipo de tumor, referindo-se ao histórico às estatísticas, sobretudo americanas, aspetos macroscópicos e microscópicos comportamento biológico, aspetos clínicos e neurocirurgicos ilustrando sua exposição com farta apresentação de diapositivos.

SESSÃO DE 14 DE MARÇO

Presidente : DR. JAIME RODRIGUES

Tumores do sistema nervoso

— DR. WALTER E. MAFFEI —

Concluindo a sua conferencia, passa o A. a discorrer sobre as neoplasias meningéas. O conferencista principia a exposição por um ramo da disposição anatomica do eixo cerebro-espinhal, passando em seguida ao historico dessas neoplasias e referindo-se em particular às denominações dadas por diferentes autores em tempos diversos desde o fungus da dura mater até a denominação de meningiomas dadas pela escola de Cushing, passando por uma escola intermediaria de denominações, como segue : 1835, Cruveilhier, tumores cancerosos das meninges ; Lebert, tumores fibroblasticos. Biltroth 1865, cilindromas ; Virchow, psamomas ; Robin em 1869, epiteliomas ; Golgi, endoteliomas da dura mater ; Naas, aracnoliomas ; del Rio Aosteja, exotelioma, etc.

Acha ter sido feliz a idéia do notavel cirurgião norte americano, porquanto sob o ponto de vista pratico, dá logo a entender que se trata de uma neoplasia dos envolveros nervosos. Salienta, em seguida, que no decorrer da sua exposição dará preferencia a essa designação já universalmente adotada. Refer-se ao aspeto anatô-

mico dessas neoplasias, tumores perfeitamente circunscritos e sempre revestidos por uma capsula fibrosa ; fala sobre o tamanho, consistencia, aspeto da superficie do corte, referindo-se em conclusão ao capitulo dos meningiomas multiplos. Fala sobre a relação dos tumores com as meninges, assinalando as suas diversas relações : em geral, na superficie interna da dura mater, em raros exemplos extra-dural ; excepcionalmente em plena substancia nervosa. Deteve-se em seguida na análise do comportamento do meningioma em relação ao cerebro e medula, passando logo após ao comportamento dos tumores em relação aos ossos do craneo, ilustrando essa parte de suas preleções com a projecção do esquema illustrativo de Cushing. Referiu-se à idade em que os tumores se desenvolvem, dizendo serem os meningiomas mui raros na infancia e na velhice, sendo considerados como neoplasia da idade adulta. Quanto ao sexo parece não ter nenhuma influencia quanto aos meningiomas intracranianos : todos os autores assinalam-nos quasi na mesma proporção em ambos os sexos, notando-se porem, uma ligeira predominancia do sexo masculino. Estabeleceu em seguida o criterio

de frequencia em alguns dos tumores dos outros órgãos, mostrando uma estatística feita pelo A., com o dr. J. Brandi estatística constante de 10.000 autopsias completas e 6.000 exames patológicos onde foram constatados 1.844 tumores e os neoplasmas meninges ocupavam o 12.º lugar. O material era da Fac. de Medicina de S. Paulo. Falou em seguida sobre a topografia dos tumores acentuando que podem aparecer em qualquer parte da dura mater, sendo, porem,

mais frequente na metade anterior e rara na metade posterior do encefalo. Faz considerações gerais sobre a topografia dos tumores em geral, abordando em seguida os diversos tipos após a seguinte catalogação estabelecida por Bailey e Bucy. 1) Tipos mesenquimal; 2) Angioblastico; 3) meningioma; 4) psonimomatoso; 5) osteoblastico; 6) fibroblastico; melanoblastico; 8) sarcomatoso; 9) lipomatoso.

Feitas essas considerações deu por finda a sua conferencia.

Sociedade de Biologia

SESSÃO DE 8 DE ABRIL

Soro anti-rickettsia e sua ação preventiva e curativa na febre maculosa experimental em São Paulo "tifo exantemático de São Paulo" (Nota previa) — DRS. J. TRAYVASSOS e A. VALEJO FREIRE — Prosseguindo as experiencias iniciadas por Lemos Monteiro, no Instituto Butantan, visando obter séros preventivos e curativos contra o chamado tifo exantemático de São Paulo, conseguiram os autores preparar um soro dotado dessas propriedades. Descrevem minuciosamente o método de preparo em coelhos de um soro antirickettsia, dotado de alto poder protector e curativo contra a infeção experimental em coaias.

Utilizam coelhos, que, após receberem uma inoculação infante de sangue de passagem em cobaia, serviram no periodo de circulação do virus para alimentar por picadas 200 *Ixodidae* adultos (*Amblioma cajenense*), já infetados nas fases precedentes de ninfa e larva.

Os coelhos que resistiram a este tratamento são novamente inoculados com dose crescentes de suspensões ricas em rickettsias obtidas pela trituração de intestinos carrapatos (*Amblioma cajenense*)

altamente virulentos. Após varias inoculações são estes coelhos sangrados por punção cardiaca para a obtenção do soro.

De 6 coelhos foram obtidos aproximadamente 150 cc. de soro antirickettsia em sangrias efetuadas em datas diferentes a partir da última inoculação. Com esse material foram feitas as primeiras experiencias, tendo os autores verificado os seguintes resultados:

1) As reações de Well-Felix feitas com esse soro não apresentaram títulos elevados perante os *Proteus* OX 19 e OX 2; entretanto foram observados, por vezes, títulos relativamente altos para o *Proteus* OXK, alcançando 1:1.280; 2) Neutralisação "in vitro" das misturas soro virus sangue. Testemunhos inoculados com misturas feitas, usando soro normal de coelho, apresentaram a infeção típica; 3) A inoculação simultanea de virus e soro, mesmo por vias diferentes feitas na mesma ocasião, deram o mesmo resultado; 4) Cobiias experimentalmente inoculadas com 1 cc. de virus-sangue e que receberam no periodo de incubação (1 a 4 dias após a inoculação) apenas 1 cc. de soro anti-rickettsia por via peritoneal ou subcutanea, não apresen-

taram qualquer manifestação externa de infecção. Pelo contrario, os que receberam sôro normal de coelho após a inoculação infetante tiveram a infecção típica seguida de morte e apresentando á necropsia lesões características; 5) Cobaias experimentalmente inoculadas com sangue infetante de passagem e tratados com inoculações intraperitoneais ou subcutâneas de sôro anti-rickettsia resistiram á infecção, mostrando assim o acentuado poder curativo desse sôro; 6) O sôro conferiu uma imunidade passiva durante um periodo de 11 dias.

Essa fase inicial das pesquisas carece de verificação posterior mais minuciosa, feita em maior número de animais. Os autores após adaptarem instalações apropriadas ao manuseio de animais de grande porte (cavalos e carneiros), procuraram assim obter sôro para novas experiencias em animais de laboratorio, esperando utiliza-lo brevemente, após nova série de experiencias, na prevenção e terapêutica da febra maculosa em São Paulo (tifo exantematico de São Paulo).

Infeção natural e experimental dos flebotomus pela leishmania brasiliensis no Estado de São Paulo — DRS. SAMUEL B. PESSOA e J. O. COUTINHO — Os autores procuraram determinar a incidencia de flebotomos parasitados por leptomonas nas zonas endemicas de leishmaniose no Estado de S. Paulo. Usaram cor-

tes seriados e disseções destes insetos. Baseados no exame de 9.273 flebotomos obtiveram 21 infetados por flagelados, o que dá um índice de 2 por mil. As especies parasitadas foram as seguintes: "Ph. migonei", "Ph. pessoai" e "Ph. whitmani". A maior incidencia de especies parasitadas é encontrada de Setembro a Fevereiro. Tentaram infetar no laboratorio especies de flebotomos fazendo-os picar nodulos leishmanióticos de "Macays rhesus" experimentalmente infetados com "leishmania brasiliensis"; conseguiram a infecção experimental do "Ph. whitmani" e do "Ph. fischeri". As formas flageladas neste caso são identicas áquelas encontradas na infecção natural.

Contribuição ao estudo do flebotomus de S. Paulo. Descrição de "flebotomus guimaráisi" n. sp. e da femêa de "flebotomus pestanaei" Barreto e Coutinho 1941 e de "flebotomus lanei" Barreto e Coutinho 1941 — DRS. J. O. COUTINHO e M. PEREIRA BARRETO — Os AA. partindo de uma femêa de flebótomo capturada em Itaporangá, obtém cultura que lhes fornece exemplares machos e fêmeas e lhes permite descrever uma nova especie: "P. guimaráisi", n. sp. Conseguem ainda fazer o ciclo evolutivo de "P. pestanaei" Barreto e Coutinho, 1941 e de "P. lanei" Barreto e Coutinho, 1941 descrevendo as fêmeas dessas especies.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Presidente: DR. LICURGO DE CASTRO SANTOS FILHO

Métodos auxiliares de diagnóstico nas endocrinopatias — PROF. GONZALES TORRES — O orador encareceu a importancia dos métodos, que podem ser classificados, em gerais e especificos. Entre os métodos gerais citou o

metabolismo basal e a interferometria. Entre os especificos, falou nos meios físicos, dosagens químicas e dosagens hormonais.

O professor Gonçalves tratou ainda da questão da exatidão e da

viabilidade dos métodos propostos e terminou fazendo a sua interpretação e a sua crítica, sendo muito aplaudido ao terminar a leitura do seu trabalho.

Esse curso terá prosseguimento na próxima sexta-feira, às mesmas horas, devendo o dr. Hermeto Junior discorrer sobre a cirurgia das paratiroides.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Manuales de Medicina Práctica — Coleção organizada por SALVAT Editores, Barcelona, 1940-1941.

Na escolha dos temas sobre que versam os Manuales de Medicina Práctica, interessante coleção organizada pela editora Salvat, de Barcelona, foram selecionados os assuntos de utilidade prática, justamente aqueles que podem interessar a um grande número de médicos. Confiando a confecção de cada volume a consagrados especialistas ibero-americanos, quiz a Casa Salvat apresentar livros escritos por pessoas de real merecimento, capazes de ditar condutas calcadas em larga experiência própria. Assim, os seus Manuales são de fato, livros de real utilidade para todos os que necessitam de uma consulta rápida sobre um determinado assunto. A Coleção completa compreenderá mais de cem volumes de 100 a 200 páginas, muitos dos quais fartamente ilustrados. Dentre os últimos volumes publicados, destacam-se os seguintes: *Pulmonias y bronconeumonias* — M. Banuelos Garcia; *Trastornos vasculares periféricos* — José A. Lamelas Gonzalez; *Reumatismos articulares crónicos no vertebrales* — Pedro Barceló; *Clínica de las hipovitaminosis* — Eduardo Arias Vallejo; *Litiasis urinaria* — Pedro Cifuentes; *Embarazo ectópico* — Victor Cónill; *El absceso subfrénico* — Juan Antonio Rivera Gracia; *El tratamiento de la sífilis en sus distintos periodos y localizaciones* — Eduardo de Gregorio G. Serano; *Apendicopatias crónicas*

— Joaquim Manzanos Gutiérrez; *Leucorreas* — E. Molinero; *Fragilidad capilar normal humana su importancia en la clínica* — Antenor Tey; *Helminthiasis humanas* — Carlos Rodrigues Lopes-Neyra; *La constitución individual normal* — Gonzalo G. Rodriguez; *Enfermedades piógenas y parasitarias de la piel* — José Gay Prieto; *Las parálisis* — Luis Barraquer; *Sífilis del aparato digestivo* — Gregorio Zamanillo G. Camino; *Litiasis biliar* — Félix Landin; *Pleuritis tuberculosas* — Enrique Hervada Iglesias.

Tratado de Patología Quirúrgica general — Manuel Bastos Ansart, 2.ª edição, Editorial Labor, Barcelona, 1941.

Tendo-se exgotado a primeira edição em tempo mais curto que o previsto, a Editorial Labor pediu ao A. o preparo de uma segunda edição, na qual aparecem, em acréscimo, as mais modernas aquisições feitas sobre os temas versados.

Trata-se de uma obra de perto de 900 páginas, escritas com carinho por quem tem larga experiência pessoal em assuntos de patologia cirúrgica e acompanha com particular interesse as inovações introduzidas no terreno científico. Os aspectos etiológico e diagnóstico das varias afecções mereceram especial atenção, havendo, também, no fim de cada capítulo, uma orientação terapêutica. O fato de se achar o livro em segunda edição é recomendação segura do seu valor.

EXPECTORANTE PARA TODAS AS IDADES

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

89

89)



TUSSAVETO

ENFARTAMENTOS DOS
GANGLIOS

CACHUMBA

CONTUSÕES

ENTORSES

FRIEIRAS

INFLAMAÇÕES EM
GERAL, ETC.

TROMBOFLEBITES

DÔRES REUMÁTICAS



IodoFrixon

Clínica del preoperatorio — CESAR DE TOMMASO, El Ateneo, Buenos Aires, 1940.

O A. vem de um dos serviços mais conceituados da Argentina: o do prof. E. Finochietto, de Buenos Aires. Foi ali internista, isto é: o clínico-consultor, o especialista ouvido sobre as oportunidades operatórias. Teve, portanto, um campo vasto para aperfeiçoar os seus conhecimentos especializados adquirindo autoridade para ditar orientação. Daí a razão e o valor do seu livro, que, no dizer de Maranon, "é cheio de experiência própria de crítica capaz e de bom sentido". Vem chamar a atenção para um problema ainda bastante descuidado: o dos "acidentes com que não se contava", acidentes que surgem, não já das doenças diagnosticadas, mas de "pontos debeis" do organismo, que, a seguir e despertados pela comoção operatória, se convertem em gretas por onde a morte, insidiosamente, se insinua. O livro mostra como examinar o operando e como prevenir os possíveis acidentes do posoperatorio. Trata-se, pois, de uma obra de real interesse para cirurgiões e internistas de serviços cirúrgicos.

O filho do hanseniano em face da infecção leprosa — OTAVIO GONZAGA, NELSON SOUZA CAMPOS, WALTER BÜNGELER e FERNANDO ALAYON, São Paulo, 1941.

Mais uma das magníficas monografias do Serviço de Profilaxia da Lepra acaba de ser publicada. Desta vez o volume foi feito em trabalho de colaboração eficiente entre pediatra, leprólogo e anatomo-patologista no estudo de um dos mais importantes problemas sociais da leprologia — a questão da procreação e da prole entre leprosos. Concluem que "a lepra chamada congênita constitui tão grande raridade que a sua verificação pode ser posta inteiramente de lado". O estudo é baseado em rico material e longa observação, merecendo assinalar que a parte anatomo-patológica foi calçada na autopsia minuciosa de 51 cadáveres de recém-nascidos filhos de leprosos. O presente volume é mais uma demonstração do alto espírito científico que vem presidindo as atividades do Serviço de Profilaxia da Lepra em São Paulo.

IMPRENSA MÉDICA PAULISTA

Sumario dos últimos números

Arquivos de Higiene e Saude Publica, V, 1-302, setembro 1940 — Contribuição ao estudo do flebotomos do Est. de S. Paulo. — Ayrosa Galvão e J. O. Coutinho; Observações sobre algumas espécies de flebotomos com a descrição do macho do flebotomos Lloyd-Antunes, 1937 — J. O. Coutinho; Infecção natural do flebotomos mingonei por formas de leptomonas provavelmente da Leishmania Brasiliensis — S. B. Pessoa e Bruno Rangel Pestana; Notas sobre os anofelinos de São Vicente e suas imediações — A. da Silva Ramos e Ovidio Unti;

A psicologia individual na execução do trabalho — Aristides Ricardo; A mortalidade infantil na região do vale do Paraíba — José N. Miléo; Algumas noções básicas sobre a tuberculino-reação — Arnaldo Godoy; Modificações na legislação sanitaria do Estado de S. Paulo para barateamento das edificações populares, sem prejuizo da higiene — Heitor de Souza Pinheiro.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, 348-405, setembro-outubro, 1940 — Cirurgia do esplancnico — S.

Hermeto Jr.; Vitamina A em alguns oleos brasileiros — F. A. Moura Campos; Linfogrulomatose benigna testicular — Arl Bastos de Siqueira; Considerações em torno do mioma maligno do utero — A. Wolff Neto.

Gazeta Clínica, XXXIX, 85-118, março 1941 — As fraturas em infortunística — J. B. Morais Leme; La obligatoriedad de irradiar diariamente por todas las radiofusoras del País, temas relacionados con la puericultura, la madre y el hijo — Leopoldo Bard.

Odontologia Moderna, XIV, 113-160, janeiro-março, 1941 — Tratamento cirurgico em dentes uni e multiradiculados — Radamés Luiz Pugliesi; Lesões cancerosas da boca — Paulino Guimarães Jr.; A tuberculose em relação a cavidade bucal — João Belizia Raia; A bacterioterapia e quimioterapia anti-bacterianas na Odontologia — Luiz Stamatis; Tratamento da piorréa — Pedro Corrêa Neto.

Pedriatria Pratica, XII, 1-81, janeiro-fevereiro, 1941 — Considerações sobre as toxicoses — Pedro Badra; Medicação pré-anestésica na criança — Auro A.

Amorim; Um caso de nefrite provavelmente sífilítica em uma criança de tres meses — C. A. Espirito Santo e J. Mauricio Corrêa.

Publicações Medicas, XII, 1-64, março-abril 1941 — Oportunidades do exame proctológico — Raul Ribeiro da Silva; Tratamento da pneumonia pelo Dagenan e sua associação à insulina (ilogenina) e glicose — C. Mendes de Paula; Um caso de silicose pulmonar — Sá Leitão; Sobre um caso de cianose congenita — A. Silva Filho e Danilo Silva.

Revista Clínica de S. Paulo, IX, 65-106, março 1941 — O coração congenito — A. Luiz Rodrigues Ferreira.

Revista de Castro-Enterologia de São Paulo, III 33-74, junho-1940 — Avitaminose B1 e insuficiencia cardiaca — Gil Spilborghs.

Revista Paulista de Tisiologia, VII, 1-72, janeiro-fevereiro 1941 — Recenseamento fluorografico em um bairro de São Paulo — R. de Paula Souza e Diogenes Certain; Vias aéreas superiores. Suas relações com a tuberculose — Fabio Belfort.

VIDA MEDICA PAULISTA

II Congresso Nacional de Tuberculose

Trabalhos apresentados — Promovido pela Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose sob os auspícios do Presidente Getúlio Vargas e do Interventor Federal neste Estado, dr. Adhemar de Barros, realizou-se em junho, nesta Capital o II Congresso Nacional de Tuberculose. Participaram dessa importante reunião de cientistas, tisiólogos de todo o Brasil, da Argentina e do Uruguay. Cerca de 40 trabalhos foram apresentados ao certame, entre os quais, os seguintes: "Ida-

de e tuberculose", dr. Adel Barbosa; "Frequencia e localização das cavernas tuberculosas", dr. Adel Barbosa; "Pneumotorax bilateral", dr. Alvaro de Faria e dr. Ciro de Lauro; "Contribuição ao estudo da duração da tuberculose de êxito letal", dr. Alvaro de Faria; "Contribuição ao estudo do pnx. extra-pleural", dr. Nestor Reis; "Recenseamento roentgen-fotografico e tuberculínico em candidatos à Escola de Cadetes", dr. Nestor Reis; "Pressão venosa no pnx. extra-pleural" drs. Nestor

Reis e Plinio de Lima; "Contribuição ao estudo de peso no início do pnx. int. pleural"; "Sobre a sínfise progressiva do decurso do pnx. int.-pleural"; "Da histaminoterapia nas algias torácicas da tuberculose"; "Considerações sobre a negatividade do escarro do decurso do pnx. int.-pleural"; "Sobre a frequência e evolução dos derrames pleurais no decurso pnx. int.-pleural"; "Tensão arterial na tuberculose pulmonar", pelo dr. Julio de Gouveia; "Pleuriz sero-fibrinoso", dr. Decio Q. Teles, dr. J. G. dos Reis Junior e dr. Caio Celidonio; "Da importância da localização lobar para indicação colapsoterápica", drs. Decio Q. Teles, J. G. dos Reis Junior e Caio Celidonio; "Estudo radiológico das lobites" dr. Ciro Reis; "Endoscopia das pneumopatias"; "Broncografia"; "Otorino-laringologia e fisiologia"; "Cerca de 1.000 infiltrações de óleo de chaulmoogra no tratamento da tuberculose laringea"; "Tuberculose da traquéa", pelo dr. Fabio Belfort; "Ensaio sobre a epidemiologia tuberculosa em S. Paulo através da Roentgenfotografia e do exame de comunicantes"; "Influência das idades na tuberculose", drs. Decio Q. Teles, J. G. dos Reis Junior e Caio Celidonio; "Resultados da operação de Jacobaeus no serviço de mulheres em 1940 no Instituto Clemente Ferreira", pelos drs. Comenale Filho

e Felipe Fanganiello; "Resultados do tratamento pelo pneumotorax artificial de 22 casos de tuberculose na criança", pelos drs. Ranulpho Merege e Homero Silveira; "Sobre a cultura do bacilo tuberculoso"; "Da importância da colheita do conteúdo gástrico no leito do paciente"; "Os exames do conteúdo gástrico nos doentes em tratamento"; "Resultados dos exames do conteúdo gástrico realizados no I. C. Ferreira no ano de 1940", pelo dr. Mario Sanches; "Frequência das reações tuberculinicas positivas e dos achados radiológicos, segundo a idade, a fonte e a modalidade de contágio em 1.126 crianças de 0 a 15 anos", pelo dr. Ranulpho Merege; "Comparação entre os resultados das reações de Pirquet e Mantoux", pelo dr. Ranulpho Merege; "Toracoplastias topográficas", pelos drs. Comenale Filho, F. Fanganiello e Caio Celidonio; "Contribuição ao estudo comparativo do pnx. extra pleural durante o período post-operatório imediata", pelos drs. Decio de Q. Teles J. G. dos Reis Junior, Caio Celidonio; "Sobre a hemose dimentação", pelo dr. Roberto Brandi; "Resultados tardios do pnx.", pelos drs. Decio Q. Teles, J. G. dos Reis Junior e Caio Celidonio; "Serviço de roentgenfotografia do Instituto Clemente Ferreira", pelo dr. José Maria Cabelo Campos.

Sociedade de Gastroenterologia de S. Paulo

Sua instalação e eleição da primeira diretoria — Realizou-se no dia 28 de Maio, às 20 horas e meia, no salão nobre da Policlínica de S. Paulo, a instalação da Sociedade de Gastroenterologia de S. Paulo.

Com a presença de grande número de médicos, o dr. Vasco Ferraz Costa, declarou aberta a sessão e instalada a Sociedade, convidando o prof. Franklin Moura Campos para presidir e o dr.

João Alves Meira para secretariar. Em seguida procedeu-se à eleição da primeira diretoria, que ficou assim constituída: secretario geral, dr. Vasco Ferraz Costa; bibliotecario, dr. Edison de Oliveira; tesoureiro, dr. João Alves Meira; adjunto do secretario geral, dr. Francisco Xavier Pinto Lima.

Falou em seguida o prof. Franklin Moura Campos, lembrando que com a instalação da novel sociedade estava dado mais um pas-

so no programa estabelecido por um grupo de medicos e explanado já no 1.º número da "Revista de Gastroenterologia de S. Paulo", órgão oficial da Sociedade.

O dr. João Alves Meira agradeceu, em nome da diretoria eleita, ao prof. Franklin, pelo apoio que

lhe foi emprestado à organização e instalação da Sociedade.

Na reunião da diretoria, que se processou no mesmo dia, por convocação do secretario geral, foi escolhido para presidente da Sociedade, para o seu primeiro ano de vida, o dr. Levy Sodré.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Fios de sutura

O segredo de um sucesso — Para fazer bem, fazer uma só coisa — este o lema que orientou as atividades da grande casa norte americana Davis & Geek, Inc. de Brooklyn, Nova York. E foi por "fazer bem" que essa casa se tornou mundialmente conhecida como especialista exclusiva na fabricação de fios de sutura cirurgica. Realmente, não ha quem não conheça e aprecie os categutes de Davis & Geek. O mais variado sortimento imaginavel encontra similar entre os produtos Davis & Geek: catepute de todas as grossuras, desde o "cinco zero" montado para sutura do tubo gastro-

intestinal, até o catepute monta, do oftalmológico; o ribongute-faixa para suspensão do rim e reconstituição de eventrações; o tendão de cangurú nas suas diferentes grossuras, etc.

Na elaboração de materiais genuinos com perfeição ultramoderna se tornam necessarios um controle tecnico completo, experiencia longa e arte mecânica não facil de adquirir. Isso tudo só é possível mediante os esforços e habilidades de uma organização criada única e exclusivamente para esse fim. Aí o segredo do sucesso merecido dos fios de sutura de Davis & Geek.

HEXAMYO - IODETO EM GOTAS

GLYCOSORO

© melhor coptra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chlorexada
Uma injección diaria ou em dias alternados

SORO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIAO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratório
Gifon
Rio de Janeiro

ção
se
on-
es-
ie-
de

ta,
te-
re-
o
di-

re-
na
ole
on-
de
vel
les
ni-
m.
do
&



O